



**CASOS CLÍNICOS Y  
MANIOBRAS QUIRÚRGICAS**

CC1

## EFICACIA DEL IMPLANTE INTRAVÍTREO DE DEXAMETASONA EN EL TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR CISTOIDE SECUNDARIO A RETINITIS PIGMENTOSA

ALMENARA MICHELENA Cristina, ASCASO PUYUELO Francisco Javier, IDOATE DOMENCH Alicia, CRISTOBAL BESCÓS José Ángel

*Introducción:* El edema macular cistoide (EMC) es una de las complicaciones de la retinitis pigmentosa (RP). Acontece en el 10-40% de los casos y, aunque su origen exacto es desconocido, se ha demostrado la implicación de la inflamación crónica en su patogénesis. En la actualidad, el tratamiento del EMC en esta patología es controvertido. Así, sólo se han descrito seis pacientes con EMC asociado a RP tratados mediante el implante intravítreo de dexametasona (Ozurdex®). Presentamos el caso de un individuo con RP que asociaba EMC y que fue tratado mediante la inyección de Ozurdex®.

*Caso clínico:* Varón de 35 años con RP que refiere disminución de agudeza visual en OD de 5 meses de evolución. A la exploración, la agudeza visual mejor corregida (AVMC) era de 0,1 en OD y 0,4 en OI. El examen biomicroscópico del segmento anterior y la PIO fueron normales. El examen oftalmoscópico del segmento posterior reveló dispersión pigmentaria retiniana en forma de espículas óseas, atenuación y estrechamiento de vasos sanguíneos y palidez cérea de ambos discos ópticos. La tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT) evidenció edema macular cistoide en OD, que fue tratado con dorzolamida tópica cada 12 horas. Dada la ausencia de mejoría visual tras dos meses de tratamiento, se administró un implante intravítreo de 0,7 µg de dexametasona (Ozurdex®). Un mes después se objetivó la resolución del EMC, pasando el espesor macular central de 546 µm a 310 µm, mientras que la AVMC del OD aumentó hasta 0,3. El único efecto adverso fue un leve incremento de la PIO que fue controlado mediante tratamiento antiglaucomatoso tópico. A lo largo del año siguiente el paciente ha permanecido asintomático.

*Conclusión:* El implante intravítreo de dexametasona puede ser una alternativa eficaz en el tratamiento del EMC que se asocia a la RP.

CC2

## **ESTRÍAS ANGIOIDES Y TRAUMATISMO POR ACELERACIÓN-DESACELERACIÓN: DE LO INVISIBLE A LO VISIBLE**

FAJARDO SÁNCHEZ Julia Andrea, CHAU RAMOS Carlos Enrique, MAZAGATOS USED Pablo Javier, APARICIO HERNÁNDEZ-LASTRAS M.<sup>a</sup> Jesús

*Introducción:* Las Estrías Angioides (EA) son dehiscencias de la membrana de Bruch (MB) que se disponen de manera radial desde la papila. Su complicación más grave es la afectación de la agudeza visual (AV) secundaria a una Membrana Neovascular Coroidea (MNVC). Dicha MB, frágil y rígida, puede sufrir rupturas tras el efecto de fuerzas mecánicas que provoquen su deformación. Presentamos el caso de un paciente que tras sufrir un Traumatismo por Aceleración - Desaceleración (TAD) desarrolla MNVC secundaria a EA nunca antes diagnosticadas.

*Caso clínico:* Paciente varón de 59 años quien debutó con disminución de AV del Ojo Derecho (OD) que coincidió con accidente de tráfico donde sufrió TAD de localización craneal, sin otros incidentes. Objetivamos una AV con la mejor corrección de 0.3 en OD y de 1.0 en el izquierdo. En el fondo de ojo de ambos ojos nos llamó la atención las papilas sobreelevadas de bordes definidos y la atrofia peripapilar 360° en forma de bandas. Se descartó drusas papilares (autofluorescencia y ecografía ocular negativas) y continuamos con la realización de una Angiografía Fluoresceínica (AFG) donde se observó la atrofia peripapilar como bandas hipofluorescentes de bordes hiperfluorescentes en dirección centrífuga a partir de la papila. Así también descubrimos en OD una MNVC de patrón mixto yuxtafoveal y una imagen hipercaptante con lavado tardío en forma de corona radiada que se corresponde con lesión en color salmón, característico de las EA. Diagnosticamos MNVC en OD secundaria a EA, la cual se trató con inyecciones de antiangiogénicos intravítreos (Bevacizumab 1.25mL) consiguiendo su regresión completa (AFG y OCT). La AV final del OD fue de 0.6 con la mejor corrección.

*Conclusiones:* La hiperextensión del globo ocular en su eje ecuatorial secundaria a un TAD que se opone a las paredes de la órbita es capaz de producir la ruptura de estructuras frágiles y poco resistentes como es la MB en pacientes con EA, con la consiguiente formación de MNVC.

CC3

## **OBSTRUCCIÓN DE ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA (OACR): NUEVA ALTERNATIVA QUIRÚRGICA**

FERNÁNDEZ-VEGA GONZALEZ Álvaro, VILAPLANA MIRA Ferrán, NADAL REUS Jeroni

*Introducción:* La OACR es una patología grave cuya etiología está relacionada con la arterioesclerosis y con el embolismo arterial. Son múltiples los tratamientos propuestos para esta enfermedad sin que ninguno haya demostrado una clara eficacia. Presentamos una nueva maniobra quirúrgica que en las primeras horas puede resolver una oclusión arterial en algunos casos de émbolos arteriales.

*Caso clínico/Maniobra quirúrgica:* Presentamos el caso de un varón de 65 años de edad que presenta una obstrucción de la arteria central de la retina del ojo izquierdo (OI) de 3-4 horas de evolución. En la exploración no se observa émbolo visible. La agudeza visual (AV) es de contar dedos. Se lleva a cabo una vitrectomía vía pars plana 23G y tras ella se realiza la siguiente maniobra: Con la presión de infusión al mínimo se realiza aspiración intensa, hasta lograr bajar la presión intraocular (PIO) hasta prácticamente 0 mmHg, para luego volver a subirla hasta valores normales. Estos ciclos de aspiración-reflujo (disminución brusca - aumento de la PIO) se repiten varias veces, intentando conseguir que en las fases de hipotonía, se reduzca mucho la resistencia al paso del flujo arterial, al tiempo que la presión arterial por detrás del émbolo aumenta, para así conseguir empujar el émbolo y desenclavarlo. Al poco tiempo de realizar estas maniobras se observa la movilización de un émbolo que pasa a la arcada temporal superior, y de ahí a territorios más distales, lográndose la reperfusión de las arcadas vasculares. (VIDEO) Cinco días después la AV con corrección del OI es 0,9.

*Conclusiones:* Hasta el momento, no tenemos un tratamiento único y eficaz para el tratamiento de la OACR. Las maniobras repetidas de bajada brusca de la PIO realizando aspiración hasta lograr una presión de infusión mínima de 0 mmHg, seguidas de la normalización de dicha PIO, generan un flujo turbulento con un aumento de la presión del flujo sanguíneo por detrás del émbolo, que puede provocar su movilización a territorios más distales. Nuestra técnica, en algunas ocasiones, puede ser una solución eficaz para resolver una oclusión arterial durante las primeras horas del cuadro.

CC4

## **OZURDEX® EN EL TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR PERSISTENTE TRAS VITRECTOMÍA POR MEMBRANA EPIRETINIANA MACULAR**

GALVÁN CARRASCO M.<sup>a</sup> de la Paz, SÁNCHEZ VICENTE José Luis, MOLINA SOCOLA Fredy Eduardo, RUEDA RUEDA M.<sup>a</sup> Trinidad

*Introducción:* La tracción ejercida por las membranas epirretinianas (MER) producen síntomas que incluyen disminución de la agudeza visual y metamorfopsias. A pesar de su eliminación quirúrgica, el engrosamiento retiniano puede persistir, impidiendo la recuperación visual. La incidencia de EM tras vitrectomía pars plana con pelado de membrana es del 10%. En estos casos de EM persistente tras cirugía, el empleo de Ozurdex® puede ser de gran utilidad.

*Casos clínicos:* Presentamos una serie de siete casos intervenidos mediante vitrectomía pars plana con extracción de MER y pelado de MLI. Ninguno de los siete enfermos obtuvo mejoría anatómica o visual tras cirugía. En los siete casos se inyectó una primera dosis de triamcinolona retroseptal a los 2,14 meses de media tras cirugía. Se administró una segunda dosis a los 3 meses de media desde la cirugía. Al no obtener respuesta se decidió emplear un implante intravítreo de dexametasona, que fue inyectado a los 6.87 meses. Se consiguió mayor mejoría anatómica que visual. En cuatro casos fue precisa terapia antiglaucomatosa tópica tras el implante, consiguiendo buen control. Uno de los casos, que había tenido una mejoría evidente, necesitó un segundo implante de dexametasona a los 4 meses del primero por empeoramiento.

*Conclusiones:* En nuestra serie la administración de triamcinolona retroseptal apenas consiguió mejoría anatómica o visual. Por el contrario, todos los pacientes respondieron al implante de dexametasona con mejoría del EM. Esto puede ser debido a la diferencia de potencia entre ambos fármacos, el lugar de actuación y la forma de liberación. Mientras que la mejoría anatómica tras Ozurdex ha sido demostrada con OCT, la ganancia de AV ha sido más modesta. El periodo prolongado entre la extracción de MER y el implante de dexametasona podría afectar adversamente los resultados visuales. El empleo de Ozurdex® en el momento de la cirugía de casos seleccionados podría mejorar los resultados en estos pacientes.

CC5

## **TROMBOSIS VENOSA RETINIANA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ALTERACIONES DE LA COAGULACIÓN SANGUÍNEA. SERIE DE 9 CASOS**

GARCÍA ROMERO Marta, GÁLVEZ CARVAJAL Sonia, MEDINA TAPIA Antonio

*Introducción:* presentamos 5 casos de trombosis venosa central y 4 casos de trombosis de rama venosa. Los pacientes no presentaban factores de riesgo cardiovascular, pero tras ser estudiados de forma sistémica, fueron diagnosticados de diferentes alteraciones protrombóticas.

*Casos clínicos:* presentamos a 6 hombres y 3 mujeres sanos diagnosticados de trombosis venosa retiniana tras pérdida súbita de visión. 5 de ellos sufrieron una trombosis de la vena central de la retina, 2 una trombosis de rama temporal superior y 2 una trombosis de rama temporal inferior. La media de edad se situó en 49 años (el más joven 22 años y el mayor 68 años). Al no presentar factores de riesgo cardiovascular, se llevó a cabo un estudio sistémico, encontrando una alteración protrombótica en todos ellos: síndrome antifosfolípido en 3 casos; mutación homocigota del gen F12-C46T (déficit del factor XII) en 2 casos; macroglobulinemia de Waldeström en un caso; hiperhomocisteinemia por mutación del gen C677T-MTHFR en un caso y déficit de protrombina por mutación del gen G20210A en un caso. Se instauró tratamiento antiagregante/anticoagulante según cada caso. En cuanto al cuadro clínico, no encontramos diferencias en su presentación y evolución asociadas a la alteración hematológica. Todos recibieron fotocoagulación de las zonas isquémicas, y 4 de ellos requirieron tratamiento antiVEGF intravítreo por la presencia de edema macular. Actualmente siguen revisiones por oftalmología y hematología, no habiendo vuelto a presentar ningún fenómeno trombótico tras la instauración de tratamiento sistémico.

*Conclusión:* la trombosis venosa retiniana puede ser la primera manifestación de una alteración sanguínea protrombótica. Ante un paciente sin factores de riesgo cardiovascular ni toma de medicación que pueda explicar el cuadro, es necesario realizar un estudio sistémico para descartar la causa hematológica. No encontramos diferencias en cuanto al curso clínico y tratamiento del cuadro en estos pacientes.

CC6

## PROGRESIÓN BILATERAL DE MACULOPATÍA A PESAR DE SUSPENDER LA PAUTA EXTENDIDA DE TAMOXIFENO A BAJAS DOSIS

GARRIDO DESDENTADO Begoña, MIRABET SEGURA Sandra

*Introducción:* El Tamoxifeno es un modulador selectivo de los receptores de estrógenos. Su uso a bajas dosis (dosis acumulada menor de 100 gramos) se ha relacionado recientemente con una mayor incidencia de agujeros maculares. Describimos en una paciente la evolución bilateral de la cavitación macular, espesor foveal y cristales tras 20 meses con pauta extendida de Tamoxifeno suspendida.

*Caso clínico:* Mujer de 63 años de edad que acude en 2013 por disminución de agudeza visual (AV) bilateral de meses de evolución. Refiere antecedente de carcinoma ductal invasor HER2 positivo en mama izquierda. En 2009 se inició Tamoxifeno (20mg/día). La AV es 0.6 en ojo derecho (OD) y 0.5 en ojo izquierdo (OI) y el polo anterior normal en ambos ojos (AO). En el fondo de ojo (FO) se aprecian cristales perifoveales. La tomografía de coherencia óptica (OCT) en AO muestra cavitación cuadrangular con techo superior formado por membrana limitante interna y/o retina interna. En AO hay puntos hiperreflectivos en las capas internas que se corresponden con los cristales del FO. El espesor foveal central (EFC) es de 233 micras en OD y de 239 micras en OI. En la angiografía (AGF) hay hiperfluorescencia macular en AO. Es diagnosticada de retinopatía secundaria a tamoxifeno, se le comunica al oncólogo y se suspende la pauta extendida de Tamoxifeno (38 gramos en 63 meses). En 2015 la AV es 0.7 en OD y 0.5 en OI. En el FO casi no hay cristales. En la OCT de AO hay aumento de la cavitación con desaparición de los puntos hiperreflectivos y disminución del EFC (OD 219 micras; OI 216 micras).

*Conclusión:* Tras 20 meses con el Tamoxifeno suspendido hay progresión bilateral con aumento de la cavitación y reducción del grosor foveal y del número de cristales. La detección precoz quizás lo hubiera evitado, por lo que se recomienda: visita basal y posteriormente anual con AV, FO y sobretodo con OCT. Ante la aparición de cavitación ó edema macular se suspenderá si el oncólogo no lo contraindica.

CC7

### **CORIORETINOPATÍA SEROSA CENTRAL ATÍPICA BILATERAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UN MIELOLIPOMA SUPRARRENAL GIGANTE**

PERAL ORTIZ DE LA TORRE M.<sup>a</sup> Jesús, SAN ROMÁN LLORENS José Javier, GUTIÉRREZ MONTERO Óscar, PUY GALLEGO M.<sup>a</sup> Pilar

*Introducción:* El mielolipoma suprarrenal es un tumor benigno raro que afecta a la glándula suprarrenal con una prevalencia aproximada en autopsias del 0.1-0.2%. Frecuentemente son asintomáticos pero en ocasiones pueden producir desórdenes endocrinológicos de entre los que destaca el síndrome de Cushing secundario. Presentamos el caso de un paciente con una coroidopatía serosa central (CSC) bilateral atípica como primera manifestación de un síndrome de Cushing secundario por un mielolipoma suprarrenal productor de cortisol.

*Caso clínico:* Varón de 49 años acude a nuestro servicio de urgencias con una historia de 2 semanas de evolución de disminución de la agudeza visual y metamorfopsias. El examen oftalmológico mediante fundoscopia, O.C.T (Topcom 2000®) y angiografía revelaron una coriodopatía serosa bilateral inusualmente grande. Los signos clínicos y los análisis bioquímicos mostraron un estado de hipercortisolismo por lo que se procedió a estudios de imagen. La resonancia magnética mostró un tumor suprarrenal de 10x11 cm sin afectación del parénquima renal y en íntimo contacto con el hígado. De acuerdo con el comité de tumores hospitalario se procedió a extirpación quirúrgica mediante laparotomía. La histología confirmó la presencia de una masa mielolipomatosa gigante productora de cortisol. A las 6 semanas del postoperatorio el paciente presenta unos niveles de cortisol en la mañana indetectables y los desprendimientos serosos han regresado totalmente permaneciendo una leve alteración de las capas externas de la retina.

*Conclusión:* La CSC es una manifestación inusual del síndrome de Cushing endógeno. Esta puede ser la primera manifestación del hipercortisolismo causado por tumores de extirpe suprarrenal. Destacamos la necesidad de descartar los estados de hipercortisolismo endógeno en casos de coroidopatías serosas atípicas. Nuestro caso es el primero descrito en la bibliografía médica presentando una coroidopatía serosa bilateral asociado a este raro tumor.

CC8

## **CIRUGÍA DEL AGUJERO MACULAR MEDIANTE TÉCNICA DEL FLAP INVERTIDO EN MONOCAPA ASISTIDO POR PERFLUROOCTANO**

PEREIRA DELGADO Ernesto, BARRIGA DOY Guillermo Carlos

*Introducción:* El agujero macular es una apertura anatómica de la retina neurosensorial que se desarrolla en la fóvea; lo cual se traduce en una significativa reducción de la agudeza visual. El pelado de la membrana limitante interna y taponamiento con gas, es la técnica de elección, teniendo muy buenos resultados en agujeros maculares en estadio 1 y 2. En agujeros grandes >500 micras, recientemente se ha descrito la técnica del flap invertido. Presentamos una variante de esta técnica, en la que con ayuda del perfluorooctano aposicionamos un flap de limitante interna en monocapa cubriendo el área del agujero macular, y con aire o SF6 como tamponador.

*Casos clínicos:* Presentamos 7 casos de agujero macular, con diámetro promedio de 506,4 micras y agudeza visual 0.08. Fueron intervenidos mediante vitrectomía 27 G. A los 3 meses la agudeza mejoró a 0.2 En todos se consiguió el cierre anatómico. En todos hubo mejora de la agudeza visual. Dos pacientes no mantuvieron la postura «boca abajo», por imposibilidad funcional.

*Conclusiones:* En nuestra experiencia esta técnica mejora los resultados anatómicos y funcionales más que la cirugía clásica en el tratamiento de pacientes con agujeros maculares grandes en estadios avanzados. Aunque requiere una pequeña curva de aprendizaje, es una técnica segura, con menor tasa de reintervenciones. En agujeros de pequeño tamaño podría ser eficaz para pacientes con ojos únicos e imposibilitados de adoptar postura «boca abajo».

CC9

### VITREORRETINOPATÍA EN PACIENTE CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1

ROMERO MARTÍNEZ Andrés, CATALÁN MUÑOZ Pablo, RODRÍGUEZ MAQUEDA Mariano, BAUTISTA LLAMAS M.<sup>a</sup> José

*Introducción:* La neurofibromatosis se trata de una facomatosis que puede afectar a párpados, conjuntiva, canal de drenaje acuoso, tracto uveal, retina, órbita y nervio óptico. Pero no se describen vitreorretinopatías asociadas a ella. Las vitreorretinopatías hereditarias son entidades raras que presentan alteraciones en retina periférica temporal en forma de degeneración vítrea, láminas, bandas, proliferación fibrovascular, exudación y arrastre temporal de la retina. Presentamos este caso clínico con una vitreorretinopatía en retina temporal que podía ser un nuevo hallazgo en la neurofibromatosis tipo 1 o la coexistencia de una vitreorretinopatía hereditaria.

*Caso clínico:* Varón de 38 años con antecedentes de neurofibromatosis tipo 1 operado de feocromocitoma, intervenido de cirugía refractiva miópica hace diez años que presenta miodesópsias de un mes de evolución en su ojo derecho. A la exploración la agudeza visual es de 0.5 en ojo derecho y la unidad en el izquierdo, presenta nódulos de Lisch en ambos ojos, la presión intraocular y el resto de exploración de segmento anterior es normal. El polo posterior es normal en ambos ojos así como la periferia de su ojo izquierdo, presentando el derecho un desprendimiento de vítreo parcial y una banda fibrosa vitreoretiniana en hemirretina temporal.

*Conclusión:* Presentamos este caso clínico con una vitreorretinopatía en retina temporal que podía ser un nuevo hallazgo en la neurofibromatosis tipo 1 o la coexistencia de una vitreorretinopatía hereditaria.

CC10

### **DISTROFIAS MACULARES: HAY VIDA MÁS ALLÁ DE LA DMAE**

ROSA PÉREZ Irene, GARCÍA MARTÍNEZ Jesús, RODRÍGUEZ DEL VALLE José M.<sup>a</sup>, CIDAD BETEGÓN M.<sup>a</sup> del Pino

*Introducción:* Las distrofias maculares son un grupo de alteraciones de la mácula, hereditarias, que ocurren en niños y adultos jóvenes, por la afectación de distintos tipos celulares en un área geográfica concreta de la retina. Cursan con pérdida de AV bilateral y alteraciones en el fondo de ojo (FO). El diagnóstico se realiza por la imagen de FO, Tomografía de Coherencia Óptica (TCO), Autofluorescencia (AF), angiografía y pruebas electrofisiológicas. Son muy importantes los antecedentes familiares, ya que se han identificado los genes implicados.

*Caso clínico:* Paciente de 64 años que acude a consulta por notar disminución leve de agudeza visual (AV). La AV en OD es de 1, y en OI 1 difícil. Biomicroscopia anterior y tonometría normal. En la máculas de ambos ojos se observan unas lesiones amarillentas, y en la llamativa imagen de TCO de mácula vemos, en el área foveal, un depósito de material entre la retina sensorial y el epitelio pigmentario, y unos espacios hiporreflectivos que se etiqueta de líquido intrarretiniano, por lo que se sospecha DMAE activa. La paciente recibe 3 inyecciones intravítreas de bevacizumab sin respuesta anatómica ni funcional. Tras revisar el caso y realizar una AF y AFG, se diagnostica de distrofia en patrón y sigue revisiones sin tratamiento, con AV estables desde hace 1 año.

*Conclusión:* En la era de las inyecciones intravítreas, debemos contar también con la existencia de las, aunque raras, distrofias maculares. Imágenes de lesiones hiperreflectivas en OCT que pueden sugerir, más que una lesión neovascular, un depósito de lipofuscina.. Zonas hiporreflectivas que más que líquido intra o subretiniano bien puedan ser un espacio ópticamente vacío por reabsorción de este material, como en este caso. La AF tiene una utilidad máxima en estas lesiones. Es importante su diagnóstico ya que estos pacientes no son candidatos a terapias antiVEFG, y su patología es de curso normalmente más benigno.

CC11

## LINFOMA VITREORRETINIANO COMO MANIFESTACIÓN CLAVE EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIÓN INTRACRANEAL

RUBIERA ALIJA Carmen, ÁLVAREZ CORONADO Marta, SEÑARÍS GONZÁLEZ Ana

*Introducción:* El linfoma vitreorretiniano (LVR) es una neoplasia intraocular infrecuente, subtipo del linfoma primario del sistema nervioso central (LP-SNC), pudiendo ser concurrentes. Su diagnóstico requiere una elevada sospecha clínica, ya que suele enmascarar otros procesos intraoculares, y su tratamiento ha de ser agresivo.

*Caso clínico:* Varón de 39 años con disminución de agudeza visual (AV) y midesopsias en ojo izquierdo de dos meses de evolución, que tras cuadro de cefalea y crisis comicial es diagnosticado de lesión ocupante de espacio (LOE) intracraneal, informada como glioma versus linfoma. Simultáneamente, presentaba fiebre e infección dental. En la exploración, destaban ocupación vítrea, múltiples focos subretinianos y periflebitis. El cuadro era sugestivo de linfoma intraocular, aunque no podía excluirse otra etiología, por lo que se realizaron estudios que fueron negativos para infección, tuberculosis y sarcoidosis. Se realizó biopsia de la LOE, con resultado de linfoma de células grandes tipo B. Fue tratado con quimioterapia, trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos y radioterapia (RT), secuencialmente. Antes de iniciar la RT, se produjo una disminución de AV del ojo derecho con defecto campimétrico, observándose papiledema en la exploración. Ante la sospecha de una remisión incompleta o una infiltración leptomeníngea, se realizaron pruebas de imagen y punción lumbar que descartaron tanto éstas, como una infección secundaria. Sin embargo, se objetivó una presión de apertura elevada sospechosa de hipertensión intracraneal benigna (HTICB) secundaria a altas dosis de quimioterapia.

*Conclusión:* La concurrencia de un LVR y un LP-SNC puede evitar un retraso en el diagnóstico, aunque supone un peor pronóstico requiriendo un tratamiento agresivo que incluya altas dosis de quimioterapia. Ante un papiledema en un paciente con LVR debe descartarse afectación del SNC, pero la HTICB, aunque infrecuente, es una posible causa asociada a la quimioterapia.

CC12

### **TOXICIDAD RETINIANA POR PACLITAXEL: UN EFECTO SECUNDARIO IRREVERSIBLE**

RUBIO MARTÍNEZ Soledad, ASENSIO SÁNCHEZ Víctor Manuel

*Introducción:* El edema macular quístico (EMC) es el resultado de la interrupción de la barrera hemato-retiniana. En la angiografía con fluoresceína (AGF) se demuestra en un patrón petaloide. La acumulación de líquido en el espacio intracelular puede conducir a EMC sin evidencia de fugas en la AGF.

*Caso clínico:* Mujer de 72 años con pérdida indolora de visión en ambos ojos (AO) de dos meses de evolución. Historia clínica de carcinoma metastásico de mama en quimioterapia con bevacizumab y paclitaxel. La agudeza visual fue de 0.05 en AO. En el fondo de ojo se observó un EMC bilateral. La AGF mostró una red capilar parafoveal intacta. Con la OCT se evidenció un EMC bilateral con un espesor foveal superior a 500 micras. Seis semanas después de la interrupción del tratamiento con paclitaxel, la agudeza visual mejoró a 0.16 AO. La exploración de fondo de ojo y la OCT revelaron la persistencia del EMC.

*Conclusión:* Se presenta un caso en el que el uso de paclitaxel se asoció con EMC angiográficamente negativo. La modificación del régimen de quimioterapia no resultó en la resolución del EMC. La maculopatía por taxanos debe ser considerada una complicación grave de la quimioterapia, que el oftalmólogo, el médico de atención primaria, el oncólogo y el paciente deben considerar.

CC13

### **TUBULACIONES RETINIANAS EXTERNAS EN NEOVASCULARIZACIÓN COROIDEA MIÓPICA**

SANABRIA RUIZ-COLMENARES M.<sup>a</sup> Rosa, TOLEDO LUCHO Sara Consuelo, MALLO MUÑIZ Belén

*Introducción:* Las tubulaciones retinianas externas (ORT) son estructuras tubulares, ramificadas, de tamaño y forma variable que se encuentran exclusivamente en la capa nuclear externa por encima de áreas de fibrosis subretiniana, de neovascularización coroidea (NVC), áreas de daño del epitelio pigmentario o de líquido subretiniano. La mayoría de los casos recogidos en la literatura son aquellos asociados a DMAE y degeneraciones retinianas. Se presentan dos casos de dos pacientes miopes con NVC y que desarrollaron ORT.

*Casos clínicos:* Caso 1: Paciente varón de 49 años de edad, miope de -7 D que desarrolló una neovascularización coroidea subfoveal en el contexto de una coroidopatía punteada externa. Tras 2 años de tratamiento con Bevacizumab desarrolló una ORT de gran tamaño que apenas ha sufrido variaciones en 2 años de seguimiento. Caso 2: Paciente mujer de 38 años, miope de -9 D que tras 2 años de tratamiento con Bevacizumab desarrolló una ORT subfoveal de gran tamaño que ha sufrido ligeras variaciones de grosor a lo largo de 18 meses de seguimiento.

*Conclusión:* En los casos presentados las ORT han permanecido estables a lo largo del tiempo o con escasas variaciones. En los dos casos que se presentan de pacientes miopes, las ORT son de tamaño mayor a las observadas usualmente en pacientes con DMAE.

CC14

## **RESPUESTA A LA TERAPIA SUSTITUTIVA ENZIMÁTICA DEL EDEMA MACULAR ASOCIADO A MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO II (SÍNDROME DE HUNTER). PAPEL DE LA SD-OCT EN EL SEGUIMIENTO DE ESTOS PACIENTES**

SÁNCHEZ MARÍN José Ignacio, ASCASO PUYUELO Francisco Javier, TORRALBA CABEZA Miguel Ángel, CRISTOBAL BESCÓS José Ángel

*Introducción:* La Mucopolisacaridosis (MPS) tipo II (Síndrome de Hunter) es una enfermedad recesiva ligada al cromosoma X causada por la deficiencia de la enzima lisosomal iduronato-2-sulfatasa, que ocasiona una progresiva acumulación de glicosaminoglicanos en diversos tejidos. Su carácter multisistémico incluye graves obstrucciones de las vías aéreas, cardiomiopatías, hepatoesplenomegalia, deformidades óseas, hipoacusia neurosensorial y, en ocasiones, retraso mental. Varios trastornos oftalmológicos tales como exoftalmos, hipertelorismo, opacidad del estroma corneal, glaucoma, retinopatía pigmentaria y papiledema han sido previamente descritos.

*Caso clínico:* Paciente diagnosticado a los 7 años de MPS tipo II que desarrolló papiledema y edema macular bilateral a la edad de 21 años con pérdida progresiva de agudeza visual en ambos ojos. El tratamiento enzimático sustitutivo con Idursulfasa logró una buena respuesta sistémica, una mejoría significativa del espesor macular central y la estabilización de la agudeza visual. Se hace hincapié en la utilidad de la tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT), siendo de gran utilidad en el diagnóstico y valoración de la respuesta de estos pacientes al tratamiento enzimático sustitutivo.

*Conclusión:* La terapia enzimática sustitativa con Idursulfasa parece ser una buena opción terapéutica en el edema macular asociado a MPS tipo II. Además, la SD-OCT jugó un papel fundamental para el diagnóstico y seguimiento de esta patología.

CC15

### **ANÁLISIS DE CAMBIOS CORIORETINIANOS MEDIANTE OCT-SWEPT SOURCE EN PACIENTE CON COROIDOPATÍA HIPERTENSIVA ASOCIADA A SD DE HELLP**

VELÁZQUEZ VILLORIA Daniel, MARTÍ RODRIGO Pablo, NICOLA GIANNINOTO M.<sup>a</sup> Laura de, BOLADOS UGRINOVICH Rodolfo

*Introducción:* La Coroidopatía hipertensiva es una entidad poco frecuente que puede estar asociada a incrementos bruscos de presión arterial, como puede suceder en el contexto de pacientes con síndrome de HELLP

*Caso clínico:* Mujer de 32 años, sin antecedentes de interés, embarazada de 31 semanas acude a urgencias por disminución brusca de visión bilateral de 24 horas de evolución. Agudeza visual (AV) inicial de percepción luminosa en ambos ojos. La funduscopia evidencia un desprendimiento exudativo retiniano bilateral. La analítica de urgencias y la medición de tensión arterial de 170/110mmHg conducen al diagnóstico de síndrome de HELLP (hemólisis, aumento de enzimas hepáticas y plaquetopenia). Tras realizar cesárea urgente, la paciente es ingresada en la unidad de cuidados intensivos para estabilización del fracaso renal agudo y cifras tensionales. Las retinografías de campo amplio revelan una reabsorción progresiva de los desprendimientos exudativos junto con puntos de Elschnig en el polo posterior. Las imágenes de tomografía de coherencia óptica Swept-Source (SS-OCT) evidencian desprendimientos de retina neurosensorial (DNS) en polo posterior, puntos hiperreflectivos intrarretinianos a nivel de la capa de elipsoides, acúmulos de material hiperreflectivo sugestivo de fibrina en el espacio subretiniano y engrosamientos focales a nivel de EPR compatibles con los puntos de Elschnig; así como aumento de grosor coroideo subfoveal en ambos ojos. Tres meses después se evidencia resolución completa de los desprendimientos exudativos, DNS y normalización de la arquitectura foveal, grosor coroideo y AV.

*Conclusión:* El desprendimiento retiniano exudativo bilateral, aunque poco frecuente, puede ser una forma de presentación de la coroidopatía hipertensiva en pacientes con síndrome de HELLP. SS-OCT es una herramienta útil para monitorizar los cambios corioretinianos asociados a la coroidopatía hipertensiva en pacientes con síndrome de HELLP.

CC16

### **SERIE DE CASOS: NEURO-BEH CET: ENFOQUE CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO**

BOLADOS UGRINOVIC Rodolfo, VELÁZQUEZ VILLORIA Daniel, CARRILLO CRISTANCHO Stephany, SEGURA GARCÍA Antonio

*Introducción:* La enfermedad de Behcet es una enfermedad inflamatoria crónica, recurrente y multisistémica; de etiología desconocida. Afecta a adultos jóvenes, en su mayoría hombres. El tratamiento se realiza mediante corticoides e inmunosupresores.

*Casos clínicos:* El primer caso es un hombre de 30 años, con antecedentes de romboencefalitis no filiada el año 2009 y úlceras orales; que consulta por disminución súbita de agudeza visual (AV) ojo izquierdo (OI). Al exámen se presenta con AV 0.8/0.05, presentando a nivel fundoscópico una obstrucción de arteria central de la retina con preservación de dos arterias ciliarretinianas. Se realiza Angiografía en retinógrafo de campo amplio. La RNM cerebral confirma romboencefalitis activa. El Segundo caso es una mujer de 19 años con antecedentes de Eritema nodoso y úlceras orales, que consulta por disminución súbita de AV OI, presentando a nivel fundoscópico isquemia del polo posterior con exudados alonodosos y vasculitis. Reconsulta a los 3 meses por Paresia del VII par craneal izquierdo asociado a cefalea. La punción lumbar con resultado de pleocitosis linfocitaria, además de una RNM con imagen de infarto a nivel de tronco encefálico de origen vasculítico. El tercer caso es una mujer de 33 años con antecedente de mielitis transversa nueve meses antes y úlceras orales; consulta por escotoma OI súbito, presentando una AV de 1/0.05. La fundoscopia compatible con vasculitis escarheada o «Frosted Branch Angieitis». Todos fueron tratados con bolus de metilprednisolona e inmunosupresión con resolución completa del cuadro.

*Conclusión:* El Neuro-beh cet constituye una enfermedad grave, de difícil diagnóstico y tratamiento. Aunque poco frecuente; puede debutar sólo con signos neurológicos. No existen exámenes patognomónicos, pero debemos sospecharlo frente a cualquier afectación neurológica asociada a vasculitis retiniana.

CC17

## MACULOPATÍA BILATERAL AGUDA EN PACIENTE DE 47 AÑOS TRAS CAUSTICACIÓN OCULAR LEVE

CHAVES SAMANIEGO M.<sup>a</sup> Jesús, GARCÍA SERRANO José Luis, GASCÓN GINEL Inmaculada

*Introducción:* Las retinopatías inflamatorias de causa no infecciosa constituyen una entidad patológica de gran variabilidad, cuya manifestación principal es una rápida disminución de agudeza visual en pacientes jóvenes. Su etiología es desconocida, aunque algunas teorías las han relacionado con reacciones inmunológicas exageradas frente a un antígeno y a factores desencadenantes como el estrés, sobre una determinada predisposición genética de base.

*Caso clínico:* Presentamos el caso de un varón de 47 años de edad, diagnosticado de queratitis punctata superficial bilateral causada por un spray de características desconocidas, en el transcurso de una agresión. Dos semanas más tarde, el paciente acude al servicio de Urgencias refiriendo un escotoma central bilateral y metamorfopsia, con una agudeza visual de 0,1 en ambos ojos. En el examen de fondo de ojo se apreciaron unas imágenes foveales amarillentas, de límites mal definidos y apariencia bilateral asimétrica, con líquido subretiniano, aumento de la reflectividad en capas externas y disrupción de la capa de fotorreceptores en la tomografía de coherencia óptica. Se instauró tratamiento con una pauta descendente de prednisona oral. A lo largo de dos meses, las lesiones fueron evolucionando a zonas de atrofia con fibrosis subretiniana, de mayor extensión a la inicial, siendo la agudeza visual actual 0,02 en ambos ojos. El electroretinograma mostró hallazgos sugerentes de patología retiniana inflamatoria en ambos ojos.

*Conclusiones:* Los cuadros inflamatorios coriorretinianos no infecciosos, enmarcados dentro de los llamados síndromes de puntos blancos, a menudo se presentan con características muy variables, suponiendo un verdadero reto diagnóstico. Se debe prestar una especial atención a los antecedentes del paciente y a las circunstancias precedentes a la sintomatología, ya que pueden resultar claves para su diagnóstico y posterior manejo terapéutico.

CC18

### PANUVEITIS SIFILÍTICA COMO DEBUT DE UN VIH

LORENZO MORALES Verónica, GARCÍA-RODRÍGUEZ LOMAS Fernando, MOLINA PÉREZ Mireia, MARTÍNEZ SERRANO Juan Pedro

*Introducción:* La sífilis es una enfermedad crónica causada por *Treponema pallidum* conocida como «la gran simuladora» por la variedad de sintomatología que puede producir. Es responsable del 0,8-2,4 % de los casos de uveítis con una frecuencia hasta 7 veces mayor en pacientes VIH + que en los que no los son.

*Caso clínico:* Paciente de 38 años sin antecedentes personales de interés que acude a urgencias por ojo derecho rojo y doloroso asociado a visión borrosa de 10 días de evolución. No refiere conductas de riesgo. La agudeza visual del O.D es de 0,8 y la del O.I de 1.0 En la biomicroscopía del O.D presenta precipitados retroqueráticos en los dos tercios inferiores de la córnea, Tyndall ++, hiperemia conjuntival ciliar y vitritis ++. La exploración del fondo de ojo dificultada por la opacidad de medios presenta un foco periférico mal definido de color blanco amarillento. Solicitamos analítica y pruebas serológicas y a la espera de los resultados iniciamos tratamiento con aciclovir, corticoides tópicos y midriáticos sin buena respuesta. Las pruebas complementarias nos informan de la presencia de VIH + y FTAabs y VDRL + por lo que llegamos al diagnóstico de panuveítis sifilítica en el contexto de infección VIH instaurando tratamiento con penicilina G intravenosa con muy buena respuesta.

*Conclusión:* la uveítis en la sífilis se puede manifestar de múltiples formas (coriorretinitis, papilitis, iridocilicilitis o vasculitis). Para llegar al diagnóstico de sífilis son necesarias las pruebas serológicas (no treponémicas y treponémicas). Debido al aumento de la incidencia de sífilis en pacientes coinfectados con VIH debemos tener presente esta entidad ante uveítis que no respondan a tratamiento habitual.

CC19

### MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE BIRDSHOT CON IMPLANTE DE OZURDEX

PRADAS GONZÁLEZ Marta, LARA MEDINA Francisco Javier, ISPA CALLÉN Carmen, DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ M.<sup>a</sup> José, ARIAS PALOMERO Antonio, ALFAYA MUÑOZ Laura Blanca, INFANTE LEÓN T.

*Introducción:* El tratamiento de la inflamación secundaria a la enfermedad de Birdshot requiere frecuentemente el uso concomitante de corticoides sistémicos e inmunosupresores con los consiguientes efectos secundarios. Presentamos el caso de una paciente intolerante a altas dosis de corticoides sistémicos tratada mediante implante intravítreo de Ozurdex.

*Caso clínico:* Una paciente de 52 años acude a consulta por presentar disminución de la agudeza visual con miodesopsias. Mostraba un edema de papila bilateral (> OI). Se diagnostica de hipertensión intracraneal idiopática (HIT) y se inicia tratamiento con acetazolamida. En una revisión posterior, se evidencian células en cámara anterior de ambos ojos (AO) siendo más marcado en OI y precipitados retroqueráticos en AO. En el fondo de ojo continúa evidenciándose edema de papila bilateral y aparecen varias áreas parcheadas blanquecinas en retina inferior y nasal en OI. En la angiografía fluoresceínica destacó un edema de papila bilateral y vaculitis e isquemia periférica en OI. En la analítica se detectó un Quanyferon positivo y se inició tratamiento antituberculoso. El cuadro clínico rebrotó tras 3 meses de tratamiento, con nuevas lesiones redondeadas en media periferia. Estas lesiones junto con un HLA-A29 + nos reploteó el diagnóstico hacia enfermedad de Birdshot. Se incrementó las dosis de corticoides sistémicos pero la paciente empeoró el cuadro de HIT. Se decidió tratar mediante implante de Ozurdex y progresiva reducción del tratamiento sistémico. Actualmente la paciente mantiene remisión de la inflamación ocular con 5 mg prednisona sistémica.

*Conclusión:* En nuestro caso, presentamos una buena respuesta local al implante de Ozurdex, pudiéndose considerar como una alternativa válida en casos de intolerancia al tratamiento sistémico.

CC20

## **INFILTRACIÓN LEUCÉMICA Y RETINITIS POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA TIPO T EN REMISIÓN COMPLETA**

SALDAÑA GARRIDO Juan David, CARRIÓN CAMPO Raquel, MARTÍNEZ RUBIO Magdalena, MOYA MOYA Medina Azahara

*Introducción:* La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es una neoplasia maligna que puede causar infiltración orgánica extramedular. Las manifestaciones oculares son variadas, siendo la infiltración del nervio óptico (13-18%) significativa ya que puede suponer afectación del sistema nervioso central.

*Caso clínico:* Mujer de 43 años con diagnóstico de LLA en remisión completa y en tratamiento de mantenimiento con metotrexato y mercaptopurina, es derivada a nuestro servicio por sospecha de necrosis retiniana herpética versus retinitis leucémica en ojo izquierdo (OI). La paciente se encontraba en seguimiento por obstrucción de arteria central de la retina en ojo derecho (OD). A la exploración oftalmológica, la agudeza visual era de amaurosis en OD y unidad en OI. El fondo de ojo de OD presentaba desprendimiento de retina total y en OI opacificaciones blancas confluentes con hemorragias en retina periférica superior y nasal inferior. Ante estudio hematológico negativo, se decide manejo como retinitis por citomegalovirus (CMV), con inyecciones intravítreas de 0.2mg/0.1mL de Ganciclovir y Foscarnet intravenoso. A pesar de la mejoría inicial de las lesiones del OI, a los 20 días del inicio del tratamiento, aparece papilitis en OI y restricción de la motilidad en OD. La resonancia magnética y punción lumbar confirman la recidiva leucémica y se inicia tratamiento con quimioterapia y radioterapia, resolviéndose las lesiones oculares.

*Conclusiones:* La afectación ocular se produce con frecuencia debido al incremento de la esperanza de vida de este tipo de pacientes y puede preceder varios meses a la recaída hematológica, por eso es importante realizar controles oftalmológicos periódicos, ya que una detección precoz de la enfermedad puede mejorar el pronóstico visual y vital del paciente. Además, no son infrecuentes las infecciones oportunistas en pacientes en tratamiento inmunosupresor.

CC21

## SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA (VKH) Y ASOCIACIÓN CON MIOCARDITIS AUTOINMUNE

SÁNCHEZ ÁVILA Ronald Mauricio, GARCÍA ALONSO Ana

*Introducción:* El síndrome VKH, se caracteriza por uveítis, anormalidades cutáneas (alopecia, vitíligo, poliosis) y neurológicas (tinnitus, vértigo, cefalea, meningoencefalitis). El VKH se asocia con síndrome poliglandular tipo I, hipotiroidismo, diabetes mellitus, tiroiditis de hashimoto, colitis ulcerosa, esclerosis múltiple y enfermedad de Hodgkin.

*Caso clínico:* Hombre caucásico de 26 años de edad, con disnea brusca, dolor torácico opresivo y sensación de muerte inminente, sin fiebre o clínica infecciosa en días previos. Como único antecedente un diagnóstico de VKH 15 años previamente, que deja secuela de OD amaurótico. Requirió tratamiento inmediato en unidad de cuidados intensivos (UCI) por el edema agudo de pulmón súbito y el fallo circulatorio. Ecocardiografía transtorácica objetiva disfunción ventricular severa del ventrículo izquierdo (FEVI <20%), radiografía de tórax (patrón alveolar bilateral con cardiomegalia), queda como diagnóstico miocarditis aguda de origen autoinmune. Se inicia metilprednisolona 1 gr/día. Las pruebas de laboratorio: Troponina T (727, corte < 14 ng/L), creatina cinasa 265 U/L (20-200), los anticuerpos fueron negativos, serologías (virales e infecciosas) fueron negativas, hormonas tiroideas: Tirotropina-TSH 0.20 mU/L (0.25-5.0), Tiroxina libre-T4L 0.8 ng/dL (0.93-1.70), Triyodotironina libre-T3L 1.76 pg/mL (2.57-4.43), anticuerpos anti-Tg 19 UI/mL (<20 UI/mL), se hace diagnóstico de síndrome eutiroides enfermo. El paciente recupera la función cardíaca después de 3 días en UCI. Evaluación oftalmológica en planta: AV OD:NPL, OI: 0.6 ce 1.0. PIO en OI: 13 mmHg, BMC OI: normal. FO OI y AFG OI sin actividad inflamatoria ocular. Alta del paciente se pauta descendente de metilprednisolona.

*Conclusiones:* En pacientes con VKH cabe la posibilidad de explorar la función tiroidea de forma rutinaria, para evaluar síndromes de disfunción tiroidea que podrían desencadenar miocarditis autoinmunes.

CC22

### NEURORETINITIS BILATERAL POR BARTONELLA

SCALCIONE Caterina, LARRAURI ARANA Arántzazu, GÓMEZ MORENO Ángela, AGUD APARICIO José Manuel

*Introducción:* La neuroretinitis es una inflamación del nervio óptico y de la retina en la que el edema del nervio óptico habitualmente precede a la aparición de la estrella macular, asociándose a múltiples etiologías, como la hipertensión intracraneal idiopática, la diabetes, la sarcoidosis y causas infecciosas.

*Caso clínico:* Presentamos el caso de una mujer de 74 años de edad, que acudió a nuestro centro por disminución de la agudeza visual y edema de papila bilateral de 5 días de evolución en el contexto de un cuadro catarral. A la exploración se observó una agudeza visual corregida de 0,1 en ojo derecho y de 0,5 en su ojo izquierdo, presentaba defecto pupilar aferente relativo en ojo derecho. En el fondo de ojo se observó borramiento de papila en ambos ojos, mayor en ojo derecho, con hemorragias en llama. y desprendimiento neuroepitelial macular bilateral confirmado mediante tomografía de coherencia óptica. Se realizó campo visual siendo patológico. A la semana, en la funduscopia se observó estrella macular en ambos ojos. Ante la sospecha de neuroretinitis, se realizó estudio sistémico completo. En la serología se encontró elevación de IgM para Bartonella, iniciándose tratamiento con doxiciclina y rifampicina durante 2 semanas, con mejoría de la agudeza visual, resolución del edema de papila y normalización del defecto campimétrico.

*Conclusión:* La mayoría de los casos de neuroretinitis infecciosas son debidos a infección por Bartonella Henselae, siendo rara la afectación bilateral. El tratamiento con doxiciclina y rifampicina parece acortar el curso de la enfermedad aunque la evolución suele ser de curso autolimitado, recuperándose la agudeza visual previa a los 3 meses de la infección.

CC23

## **TRANSILUMINACIÓN BILATERAL AGUDA DEL IRIS (BATI). REPORTE DE UN CASO DE 5 AÑOS DE EVOLUCIÓN Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

TAPIA QUIJADA Hugo Ernesto, VALLS MARTÍNEZ José, HERNÁNDEZ PARDINES Fernando, HUESO ABANCÉNS José Ramón

*Introducción:* Recientemente se ha descrito un síndrome que se caracteriza por transiluminación bilateral aguda del iris con parálisis variable del esfínter (BATI), que podría estar relacionado al uso de algunos antibióticos especialmente el Moxifloxacino. Hacemos una revisión y presentamos el caso de una mujer con este síndrome diagnosticada varios años después del episodio agudo que nos planteó un reto diagnóstico dada la evolución tardía y el escaso número de casos descritos en España hasta la actualidad.

*Caso clínico:* Mujer de 51 años remitida por cataratas. Destaca como antecedente, ambliopía de ojo izquierdo (OI) y fotofobia de 5 años de evolución que se presentó luego de episodio de infección respiratoria tratada con Moxifloxacino. Al examen presenta agudeza visual (AV) OD 0,9 y OI 0,5 con PIO de 12 mmHg en AOS, en el polo anterior presente en ambos ojos iris atrófico con transiluminación importante, midriasis arreactiva por parálisis del esfínter, así como cataratas en evolución. El fondo de ojo no tenía alteraciones. Para llegar al diagnóstico se realizó una revisión de la literatura haciéndose una exclusión de todas las entidades que producen despigmentación iridiana (BADI, Herpes, síndrome de dispersión pigmentaria, uveítis de Fuchs y el síndrome de pseudoexfoliación).

*Conclusiones:* El BATI es una nueva entidad que está siendo cada vez más reconocida. Esta siempre se debe considerar dentro del diagnóstico diferencial de enfermedades que cursan con despigmentación iridiana. Actualmente queda mucho por saber de esta patología, nosotros pretendemos contribuir en su conocimiento reportando este caso de evolución tardía.

CC24

### SÍNDROME DE WOLFRAM: A PROPÓSITO DE UN CASO

ARROYO LIZONDO María, FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ M.<sup>a</sup> Victoria

*Introducción:* El Síndrome de Wolfram (SW) es una rara y compleja enfermedad neurodegenerativa progresiva, de transmisión autosómica recesiva. El SW también se conoce por el acrónimo DIDMOAD, que corresponde a las iniciales en inglés de sus componentes principales: diabetes insípida (DI, presente en un 62% de los pacientes), diabetes mellitus (DM), atrofia óptica (OA) y sordera neurosensorial (D, 73%). No existe tratamiento curativo, pero es fundamental un diagnóstico precoz, un seguimiento adecuado de los pacientes y el tratamiento temprano de las entidades que conforman este síndrome, para prevenir las complicaciones y mantener la mejor calidad de vida posible.

*Caso clínico:* Niño de 10 años de edad, diabético tipo I desde los 2 años sin complicaciones microvasculares que acude a revisión rutinaria. Presenta antecedentes personales de taquicardia supraventricular paroxística e hipoacusia neurosensorial leve derecha. En la exploración destaca AVcsc: 0.3/0.4, papilas pálidas. OCT de papila compatible con atrofia óptica bilateral. Resto exploración normal. Ante la sospecha de SW se solicita RMN de orbita que confirma la atrofia óptica bilateral y se cita en consulta de dismorfología para continuar estudio, solicitándose ecografía renal y electromiograma.

*Conclusión:* Se ha de sospechar el SW ante un paciente con DM de inicio en la edad pediátrica a la que se le asocie AO. La DM tipo 1 se presenta en la primera década de la vida (edad media de 6 años) y suele ser la manifestación más temprana de la enfermedad. Se suele seguir de AO, que aparece en la segunda década (en torno a los 11 años) con pérdida progresiva de la agudeza visual y la visión del color. El resto de componentes de este síndrome aparecen a partir de edades más avanzadas, 16-20 años. El seguimiento y tratamiento debe ser multidisciplinar, precisando de la coordinación del pediatra con el endocrinólogo, oftalmólogo, otorrinolaringólogo, urólogo, neurólogo, psiquiatra y psicólogo.

CC25

## **PERSISTENCIA DE VASCULATURA FETAL UNILATERAL ASOCIADA A DISGENESIA DEL SEGMENTO ANTERIOR: ABORDAJE QUIRÚRGICO**

CAÑIZARES BAOS Belén, YAGO UGARTE Inés, PIÑERO SÁNCHEZ Álvaro, RUIZ SÁNCHEZ Marcos

*Introducción:* La Persistencia de Vasculatura Fetal (PVF) es una anomalía congénita común del desarrollo ocular que resulta del fallo en la regresión del vítreo primario y la vasculatura hialoidea durante el periodo embrionario. La asociación de esta entidad a Anomalía de Peters (AP) es extremadamente rara y empeora el pronóstico de forma significativa. Presentamos el manejo y curso postoperatorio de un caso de PVF asociada a AP tipo II.

*Caso clínico:* Mujer de 4 semanas remitida a nuestra consulta por microftalmia unilateral y endotropía en ojo derecho (OD). En la biomicroscopía se objetivó un leucoma adherente central con sinequias corneo-lenticulares en OD. El examen fundoscópico era impracticable debido al leucoma. La Ecografía modo-B reveló la presencia de una estructura central hiperecogénica desde nervio óptico a cristaloides posterior. No se identificaron estructuras vasculares en el interior de la masa. Se consideró adecuado esperar a las 12 semanas de vida para realizar una queratoplastia penetrante. Tras la cirugía una nueva Ecografía-Doppler mostró una estructura arterial dentro de la masa que confirmó el diagnóstico de PVF. Se realizó vitrectomía 23-gauge. Las esclerotomías fueron realizadas a través de pars plicata, 2.0 mm posteriores al limbo. El tallo fibrovascular fue separado de su adhesión a los elongados procesos ciliares y tras la aplicación de diatermia sobre el mismo se completó la vitrectomía. No aparecieron complicaciones relevantes en el postoperatorio. Actualmente, la paciente se encuentra en tratamiento de su ambliopía.

*Conclusiones:* El tratamiento quirúrgico de la PVF es controvertido, siendo la prevención de la ambliopía, ptisis bulbi y glaucoma las principales razones que lo motivan. Los pacientes afectos de PVF unilateral y AP tipo II con importante deterioro de AV, podrían ser buenos candidatos para un procedimiento quirúrgico combinado como el descrito, con un buen pronóstico anatómico (mejor resultado cosmético y mayor simetría ocular).

## CC26

### LINFANGIOMA ORBITARIO: UN RETO TERAPÉUTICO

FRAILE MAYA Jesús, GRANADOS FERNÁNDEZ María, ABELAIRAS GÓMEZ José, NOVAL MARTÍN Susana

*Introducción:* El linfangioma es un tumor de naturaleza benigna cuyo comportamiento y evolución suele ser bastante tórpida. Presentes desde el nacimiento pasan desapercibidos hasta su debut años después. Desde el punto de vista terapéutico suponen un reto para el especialista pues es una lesión infiltrativa casi imposible de extirpar en su totalidad en la mayoría de los casos.

*Caso clínico:* Presentamos el caso de una niña de 2 años de edad que acudió de urgencias por un exoftalmos en el ojo izquierdo de 24 horas de evolución. Sin antecedentes de interés. Se le realizó un TAC de urgencia donde se observó una lesión intraconal con densidad de partes blandas. Desde el punto de vista oftalmológico la exploración era normal excepto la proptosis. Ante la sospecha de linfangioma se remitió para punción y toma de muestras, sin conseguir el objetivo buscado. Dos días más tarde se metió al paciente para drenar alguno de los quistes más superficiales con la realización de biopsia intraoperatoria que dio como resultado un linfangioma. Los días posteriores la niña fue empeorando de su proptosis, consecuencia del sangrado masivo que tuvo, volviendo a quirófano seis días más tarde para drenar el hematoma periocular y realizar tarsorrafia parcial. La evolución posterior fue hacia la mejoría con una exploración oftalmológica un mes después en el que solo llamaba la atención un defecto pupilar aferente relativo de 1+ con pupila reactiva pero en midriasis media siendo el resto de la exploración normal.

*Conclusión:* El tratamiento del linfangioma es un desafío que ha llevado a buscar diferentes alternativas terapéuticas respecto a la cirugía convencional por los pobres resultados cosméticos, recidivas y morbilidad asociada. Desde hace algunos años se viene practicando la inyección de sustancias esclerosantes (bleomicina, OK-432) en su interior con buenos resultados, opciones a tener en cuenta como primera línea de tratamiento.

CC27

## NEURITIS ÓPTICA RETROBULBAR: COMPLICACIÓN POSTQUIRÚRGICA DE «HEAVY EYE SYNDROME»

MUÑOZ GUTIÉRREZ Beatriz, ORTIZ DEL CASTILLO Jesús Vicente, OPAZO TORO Valeria, GUTIÉRREZ ORTIZ Consuelo

*Introducción:* El estrabismo en la alta miopía, también llamado «heavy eye síndrome», se caracteriza por presentar una endo e hipotropía progresivas como consecuencia de una malposición del músculo recto lateral en asociación de la alta longitud axial de los miopes magnos. En 2009, Yamada revolucionó las técnicas quirúrgicas para la resolución de este cuadro. Consiste en una miopexia quirúrgica entre el recto lateral (RL) y superior (RS) en el cuadrante superoexterno, pudiendo asociar una recesión del recto medio (RM).

*Caso clínico:* Paciente de 46 años, intervenida por un «heavy eye síndrome» mediante una miopexia del RL y RS asociando una retroinserción de RM de 8 mm en OD. No incidencias intraoperatorias. La exploración oftalmológica y las pruebas de imagen fueron normales en el preoperatorio. Endotropía del OD de 40 DP con limitación en la supra-abducción. La evolución inmediata fue satisfactoria, tanto a nivel estrabológico como sensorial. A los 12 días de la intervención, la paciente debuta con pérdida de AV en OD. La AV descendió a 0.1 y asociaba DPAR. La PIO aumentó hasta 32 mmHg y el CV presentaba un escotoma central en OD, siendo el resto de exploraciones normales: BMC, FO, AFG, OCT macular, RM de órbitas y SNC. Se descarta patología reumatológica e infecciosa. Colateralmente, la paciente es diagnosticada y tratada de un cáncer de mama con afectación linfática axilar. En la actualidad, la AV del OD es CD a 50 cm y en el CV persiste escotoma central aunque de menor tamaño.

*Discusión:* Hasta la fecha, la miopexia del RL y RS se considera una de las técnicas más efectivas en el tratamiento del «heavy eye síndrome». Hasta el momento, no hay descritas grandes complicaciones en la literatura. Concretamente, en nuestro caso no hemos podido filiar la etiología de la neuritis. Hemos descartado causas traumáticas, paraneoplásicas, reumatológicas y autoinmunes; por esta razón consideramos uno de los diagnósticos más probables un proceso isquémico (neuropatía óptica isquémica).

CC28

### **TRASPLANTE DE MEMBRANA AMNIÓTICA Y SUTURA DE TRACCIÓN PARA LA CORRECCIÓN DE ESTRABISMO RESTRICTIVO SECUNDARIO A TIRA TARSAL LATERAL**

PERALTA DÍAZ Lillian Margot, MORALES FERNÁNDEZ Laura, GÓMEZ DE LIAÑO SÁNCHEZ Rosario, DOMINGO GORDO Blanca

*Introducción:* El estrabismo restrictivo es una importante complicación de la cirugía periocular. Se han reportado casos secundarios a cerclaje, cirugía de pterigión, blefaroplastia y cirugía de estrabismo... Existen diversas técnicas para manejar esta complicación, desde liberación de adherencias, anclaje a periostio, el uso de mitomicina, malla de poliglactina, fluorouracilo, que no siempre garantizan un resultado completamente satisfactorio.

*Presentación del Caso:* Varón de 79 años que presenta diplopía en dextroversión de año y medio de evolución; posterior a una cirugía de tira tarsal lateral por ectropión. Al examen presentaba diplopía en dextroversión (10-12 DP Base interna) y en supradextroversión (16 DP Base interna). Limitación en la aducción del ojo izquierdo (-2) y las ducciones pasivas demostraron restricción en aducción del ojo izquierdo. Técnica quirúrgica: Se opta por una nueva cirugía, disección de adherencias conjuntivales, trasplante de membrana amniótica entre esclera-recto lateral izquierdo-conjuntiva y anclaje con sutura de tracción hacia canto interno. El paciente cursa con postoperatorio favorable y a las dos semanas se decide retirar el anclaje. A un mes de la cirugía, el paciente se encuentra satisfecho, negando diplopía y presentando mínima limitación en abducción del ojo izquierdo.

*Conclusiones:* El trasplante de membrana amniótica asociado a sutura de tracción, podría ser considerada como una opción terapéutica en el manejo del estrabismo restrictivo secundario a adherencias recidivantes, como complicación de una cirugía previa.

CC29

## ENDOTROPÍA CÍCLICA ASOCIADA A ALTERACIONES CÍCLICAS DE LA FUNCIÓN VISUAL

PÉREZ BARTOLOMÉ Francisco, PERALTA DÍAZ Lillian Margot, MORALES FERNÁNDEZ Laura

*Introducción:* La esotropía cíclica es una enfermedad rara, intermitente, que consiste en periodos cíclicos de desviación ocular, de 24- 48 horas de duración, alternados con periodos de ortotropía y buena fusión binocular. La fisiopatología de este trastorno es desconocida, aunque muchos autores han intentado clarificarla. Describimos el caso atípico de una paciente con miopía patológica y periodos cíclicos de estrabismo asociados a disfunción visual.

*Caso clínico:* Una mujer de 61 años consultó por diplopía binocular debido a una endotropía restrictiva por alta miopía. Se realizó una cirugía de retroinserción del músculo recto medial izquierdo con resección del recto lateral izquierdo. Cinco meses después de la cirugía refirió ciclos de 36 horas de duración de diplopía y endotropía de 4 DP, que coincidían con disminución de la visión y metamorfopsia de su ojo derecho. Estos han permanecido invariables durante 3 años. En 10 de las 15 visitas realizadas en la consulta de estrabismo, en las cuales la paciente refirió diplopía y baja visión, se objetivó actividad de lesiones coroideas miópicas en la funduscopia y en la OCT.

*Conclusión:* Presentamos el primer caso de esotropía cíclica de aparición tardía asociada a pérdida de visión por neovascularización coroidea miópica. Los hallazgos más atípicos encontrados fueron las 36 horas de duración de estos episodios y el bajo grado de desviación ocular. El desarrollo de endotropía cíclica podría estar causado por una disrupción de un reloj biológico central desencadenado por la cirugía de estrabismo o a una alteración sensorial por la reactivación periódica de las lesiones coroideas.

CC30

### **RIESGO DE ISQUEMIA DEL SEGMENTO ANTERIOR EN PARÁLISIS DEL III Y VI PARES CRANEALES: NUEVA TÉCNICA DE TRANSPOSICIÓN DE LOS RECTOS VERTICALES**

PERUCHO GONZÁLEZ Lucía, ACEBAL MONTERO Alejandra, DUPRÉ PELÁEZ Mauro, GÓMEZ DE LIAÑO SÁNCHEZ Rosario

*Introducción:* Dentro de las técnicas clásicas de transposición muscular, en la de Hummelsheim se precisan tenotomías y en la descrita por Jensen, los músculos son divididos longitudinalmente. Una nueva técnica fue descrita en 2003 por Nishida y su grupo en la que únicamente se precisa realizar suturas desde el músculo a la esclera. Presentamos una nueva técnica cuyos efectos deletéreos sobre las estructuras vasculares oculares se reducen al mínimo.

*Técnica quirúrgica:* La técnica que presentamos es una variante de la de Nishida, en la que los músculos no son suturados a la esclera, sino que simplemente los extremos de las suturas de los rectos verticales inferior y superior son anudados bajo el vientre muscular del músculo recto horizontal. Este procedimiento había sido descrito en parálisis de VI par, sin embargo, no había sido descrito para la parálisis del III par craneal.

*Conclusión:* Las grandes ventajas de la técnica propuesta por Nishida y de nuestra variante en comparación con los procedimientos clásicos es por un lado la sencillez de la técnica quirúrgica y, por otro lado, lo poco traumática que resulta dado que no precisa tenotomía ni división de los músculos. Además, la integridad de las arterias ciliares anteriores se conserva al evitar la colocación de las suturas alrededor de los vasos ciliares reduciendo el riesgo de isquemia del segmento anterior. Esto es un gran beneficio en pacientes que han sido intervenidos de cirugías de estrabismo previas o en pacientes mayores en los que el riego vascular está comprometido.

CC31

### **QUERATOCONJUNTIVITIS VERNAL: NUESTRA EXPERIENCIA**

GUTIÉRREZ PARTIDA M.<sup>a</sup> Belén, MARTÍN VILLAESCUSA Celia, VALLS FERRÁN Isabel, PUERTAS BORDALLO Diego

*Introducción:* La queratoconjuntivitis vernal (QCV) es una inflamación bilateral y estacional producida por una alergia y que suele aparecer en pacientes jóvenes, con un pico de incidencia entre los 6 años y la pubertad, edad a la que desaparece la gravedad. Suele ser más frecuente en varones. Existen dos formas bien diferenciadas, aunque pueden coexistir: forma limbar y forma tarsal. Es una enfermedad común en la cuenca Mediterránea, Oriente Medio y América Central. Suelen tener exacerbaciones en los meses cálidos.

*Casos clínicos:* Presentamos 20 casos de QCV. Se han analizado: edad, sexo, nº de brotes, exploración en lámpara de hendidura (hiperemia, secreción, queratitis según grado de Oxford, limbitis, papilas gigantes en tarso según escala de Bonini, la presencia de úlcera y presión intraocular), tratamiento seguido, nº de brotes, predominio limbar o tarsal, asociación de enfermedades sistémicas y test subjetivos (picor, necesidad de utilizar pañuelos, interferencia con las actividades de la vida cotidiana...)

*Conclusión:* La edad media de presentación es de 7 años, con exacerbaciones en primavera-verano. El 90% son varones. Predomina la forma limbar. 5 pacientes presentaron úlceras en escudo. El tratamiento, en las formas leves, se hizo con colirios antialérgicos y lágrimas artificiales durante el año, y corticoides tópicos oculares en los brotes. En las formas severas (queratitis recurrentes y úlceras) el tratamiento de base se realizó con ciclosporina colirio al 0,05% o al 0,1% cuatro veces al día de base, antialérgicos oculares y en los brotes corticoides tópicos oculares. En episodios de úlceras refractarias se utilizaron lentes de contacto terapéuticas. Ningún paciente ha recibido tratamiento biológico sistémico, controlándose la enfermedad con tratamiento tópico ocular.

CC32

## TÚNEL ESCLERAL LARGO COMO TÉCNICA PRIMARIA EN LA IMPLANTACIÓN DE LA VÁLVULA DE AHMED

COSTALES MIER Felipe Mauricio, LOBATO FUERTES Carlos, TORIBIO GARCÍA Álvaro, MONJE FERNÁNDEZ Laura

*Introducción:* Una de las principales complicaciones de las válvulas de Ahmed es la extrusión post-operatoria del tubo. Nuestro objetivo es describir una técnica de recubrimiento que difiere levemente de la técnica descrita por el Dr Gil Carrasco, basada en la realización de un tapete escleral más una tunelización intraescleral de 8-10mm de longitud como técnica primaria de implantación del tubo de drenaje.

*Maniobra Quirúrgica:* Presentamos 15 ojos de 14 pacientes, que se les realizó implante de Válvula de Ahmed, con un seguimiento a 18 meses. La técnica que se realiza es: peritomía límbica conjuntival base fornix, sutura del cuerpo valvular a 12-14 mm del limbo en cuadrante preferiblemente supero-temporal con poliéster (5-0) para posteriormente tallar un tapete (5 x 5mm) y un túnel adyacente intraescleral (3-5mm). De esta forma el tubo que posteriormente se insertara en la cámara anterior estará prácticamente recubierto por esclera. Esta serie presentó una tasa de exposición escleral y de extrusión de tubo valvular del 6.6% (1 de 15 ojos), sin desarrollo de Dellen corneal, ni descompensación endotelial.

*Conclusiones:* Se han descrito varias técnicas hasta el momento para la implantación de tubos de drenaje, siendo las técnicas que utilizan recubrimiento epiescleral de refuerzo del tubo, (con material autógeno o alógeno) las que probablemente presentan una tasa de exposición más baja. Consideramos que el tallado de un túnel intraescleral asociado a un tapete escleral que recubre el tubo valvular a 8-10mm del limbo, podría ser una técnica que evite complicaciones como exposición escleral, erosión conjuntival, y extrusión de tubo valvular, además de poder permitir implantar el tubo de forma más controlada y evitar el contacto endotelial. Son necesarios más estudios y un seguimiento prolongado de estos pacientes para poder confirmar lo descrito.

CC33

## MANEJO QUIRÚRGICO DE LAS AMPOLLAS ENCAPSULADAS: COMPLICACIÓN IMPREVISTA TRAS ABORDAJE DE QUISTE DE TENON

DOMÍNGUEZ GARCÍA Belén, CANO GÓMEZ M.<sup>a</sup> José, PARRILLA VALLEJO María, ESPEJO ARJONA Francisco

*Introducción:* La incidencia de ampollas encapsuladas tras trabeculectomía u otras procedimientos quirúrgicos para glaucoma se estima entre un 2.5 y un 29%. Ocurre típicamente entre la segunda y la octava semana tras la cirugía y usualmente se acompaña de un incremento de la presión intraocular. En la mayoría de los casos se produce una respuesta efectiva al tratamiento conservador mediante hipotensores tópicos y masaje digital (71-100% de los casos). En los casos resistentes se recurre a la revisión quirúrgica de la ampolla o a la punción primaria de la misma recurriendo a antimetabolitos (MMC, 5FU) o Bevacizumab, pudiendo incluso requerir una nueva trabeculectomía.

*Material y método:* Presentamos el caso de un paciente de 64 años, miope magno intervenido hace 15 años de cirugía extracapsular de cristalino y cirugía de glaucoma. A la biomicroscopía destaca un encapsulamiento de la ampolla quirúrgica, iridectomía quirúrgica y en la gonioscopia encontramos un ángulo abierto y la ventana quirúrgica visible coincidiendo con la iridectomía. Se planifica revisión de ampolla quirúrgica.

*Resultados:* Intraoperatoriamente encontramos un quiste de Tenon. Se procede a la apertura del mismo produciéndose una hipotonía brusca por comunicación directa con la cámara anterior (Esclerectomía de espesor completo). Al no existir tapete escleral protector decidimos cierre de la pared del quiste de nuevo. Postoperatorio precoz: Hipotonía y desprendimiento coroidal masivo de componente mixto (exudativo y hemorrágico).

*Conclusiones:* La revisión de la ampolla quirúrgica es un procedimiento invasivo que en ocasiones se asocia a complicaciones severas, especialmente en pacientes intervenidos hace años mediante técnicas quirúrgicas obsoletas en la actualidad, y cuyos hallazgos intraoperatorios pueden resultar impredecibles. Pese a ello la tasa de éxito es muy elevada (en torno a un 97%), debiendo valorarse el balance riesgo-beneficio con detenimiento.

CC34

### **FRACASO DE LAS SUTURAS TRANSCONJUNTIVALES DEL FLAP ESCLERAL EN EL TRATAMIENTO DE LA MACULOPATÍA HIPOTÓNICA**

GARCÍA MARTÍN Manuel José, GIMÉNEZ GÓMEZ Rafael, GARCÍA CATALÁN Rocío, NARANJO BONILLA Pedro

*Introducción:* La maculopatía hipotónica es una grave complicación que aparece en el postoperatorio de la cirugía filtrante y que puede provocar alteraciones estructurales permanentes con pérdida visual importante. Recientemente se han publicado magníficos resultados con la sutura transconjuntival del flap escleral, ahora bien, si sólo se publican experiencias favorables con las nuevas técnicas quirúrgicas, puede existir un sesgo de publicación, por lo que pensamos que deben comunicarse también los fracasos quirúrgicos.

*Caso clínico:* Se trata de un paciente con glaucoma y catarata al que se le realiza cirugía combinada –facotrabeculectomía– en su ojo derecho. En el postoperatorio se constata una hiperfiltración con hipotonía marcada y pliegues maculares característicos. Al no controlarse con tratamiento médico, se inyecta sangre autóloga en la ampolla de filtración, con buena respuesta inicial pero que finalmente fracasa. A continuación se realizan suturas transconjuntivales del flap escleral asociadas a suturas de compresión de Palmberg. La evolución es favorable, con elevación de la presión intraocular y con mejoría de las imágenes de la tomografía de coherencia óptica. Desgraciadamente a las cuatro semanas el cuadro recidiva, por lo que procedemos a la revisión quirúrgica con resutura del flap escleral, aplicación de adhesivo de fibrina, implante de una lámina de duramadre liofilizada y avance conjuntival. La agudeza visual se recupera alcanzando 0,9 con normalización de las imágenes de la tomografía de coherencia óptica.

*Conclusión:* La revisión quirúrgica del flap escleral continúa siendo una técnica muy útil en el tratamiento de la maculopatía hipotónica.

CC35

### **TROMBOSIS DE SENO CAVERNOSO ATÍPICA: GLAUCOMA Y MIDRIASIS COMO ÚNICAS MANIFESTACIONES**

MAROTO RODRÍGUEZ Borja, MARTÍN GIRAL Elena, PERUCHO MARTÍNEZ Susana, CARRASCOSA IBÁÑEZ M.<sup>a</sup> Dolores

*Introducción:* La trombosis de senos cavernosos (TSC) es una entidad rara, pero muy grave. Puede ser secundaria a procesos infecciosos, lo más frecuente, o aséptica. Ambas presentan manifestaciones orbitarias (quemosis, edema periorbitario, ptosis, proptosis y oftalmoplegía) por la congestión venosa y la afectación de los pares craneales. El aumento de la presión venosa episclerar conduce a una hipertensión intraocular (HTO). Presentamos un caso de un paciente con una TSC aséptica sin apenas síntomas de congestión orbitaria, siendo las únicas manifestaciones clínicas el glaucoma y la midriasis.

*Caso clínico:* Varón de 26 años que acude a urgencias por disminución de la visión en el OD de 2-3 semanas de evolución. No presenta antecedentes de traumatismo o cirugía de cabeza y cuello. AV con su corrección: OD 0,05 cae 0,4. En la biomicroscopía del OD: Leve ingurgitación de vasos episclerales con pupila midriática levemente reactiva. Motilidad extrínseca ocular normal. No ptosis, no proptosis. PIO OD: 45 mmHg. FO: Papila OD excavada 0,8 con alguna hemorragia en periferia. Gonioscopia: no sangre en el canal de Schlemm. En el estudio de neuroimagen se objetiva una trombosis evolucionada de la porción más inferior del seno cavernoso derecho y seno pretoso. Se prescribe tratamiento máximo para la HTO. Arteriografía: No fístula carótido-cavernosa. El glaucoma finalmente se trata con una esclerectomía profunda no perforante con un buen resultado. Conclusión: La clínica que presenta el paciente de afectación visual, midriasis arreactiva, leve ingurgitación de vasos episclerales e importante HTO sugiere un cuadro de congestión venosa orbitaria. El estudio radiológico diagnostica una TSC derecho. Al no presentar signos de sepsis se interpreta como aséptica. La midriasis se explica por una posible parálisis incompleta del III par craneal y la ausencia de una clínica orbitaria florida por ser una trombosis incompleta. La TSC aséptica es una entidad muy infrecuente que ha sido relacionada con antecedentes de traumatismo o cirugía previos y con desórdenes de la coagulación. Es un proceso muy grave que debemos tener presente ante el mínimo signo de congestión venosa orbitaria diagnosticándose con pruebas de neuroimagen.

CC36

## HACIENDO DE LA TRABECULECTOMÍA UNA TÉCNICA MÁS SEGURA: SUTURAS LIBERABLES

PALLÁS VENTAYOL Carolina, PALLÁS VENTAYOL Honorio

*Introducción:* El tratamiento habitual del glaucoma siempre está orientado a disminuir la cifra de la presión intraocular y pasa por tres escalones terapéuticos que son las gotas, el láser y la cirugía. Los cirujanos de glaucoma nos planteamos su cirugía cuando el glaucoma está afectando en gran medida la visión del paciente y su calidad de vida o cuando en los controles sucesivos advertimos que esto puede llegar a pasar en un plazo corto de tiempo. Las cirugías para glaucoma son actualmente muchas y muy variadas pero frente a todas las demás la ventaja de la trabeculectomía es que se puede realizar tanto en glaucomas de ángulo abierto como en glaucomas de ángulo cerrado y que el descenso tensional es mayor con esta técnica quirúrgica que con cualquier otra.

*Técnica quirúrgica:* Explicamos y mostramos con todo detalle cada uno de los pasos de la cirugía de la TRABECULECTOMIA, la cirugía más clásica del glaucoma, con tres variantes modificadas que aseguramos permitirán a los cirujanos de glaucoma un control mucho más preciso de la cirugía en sí y una importante diferencia en cuanto a la reducción a corto y a largo plazo de las posibles complicaciones post-operatorias: 1. Cambios en la forma de TALLAR la escotilla escleral. 2. Cambios en el uso de los ANTI-METABOLITOS: concentración, tiempo de exposición y área de tratamiento. 3. Nuevas técnicas para SUTURAR el flap escleral: las RELEASABLE SUTURES o suturas liberables. El uso de las RELEASABLE SUTURES hace de la trabeculectomía una técnica más segura, más eficaz y con resultados tensionales mejores y más previsibles que cuando se utilizan suturas fijas. Las suturas LIBERABLES son rápidas y fáciles de colocar y muy eficaces en el manejo post-operatorio temprano de la presión intraocular. Las ventajas de las suturas LIBERABLES frente a las suturas FIJAS son múltiples: 1. Las suturas LIBERABLES son muy sencillas de retirar en clínica con una simple aguja de 30 gauge y, a diferencia de las suturas fijas, se eliminan por completo del globo ocular. 2. Las suturas FIJAS requerirán del láser argón para ser cortadas, maniobra que retrasa en gran medida el día a día de las consultas de glaucoma, y siempre que el oftalmólogo disponga de láser en su consulta y no se vea obligado a derivar al paciente. 3. Las suturas FIJAS se cortan con el láser pero no se eliminan del globo ocular. Permanecen en el ojo con el consiguiente riesgo de que alguno de sus cabos perfora la conjuntiva causando un poro que favorezca la fuga del acuoso y con ello el riesgo de hipotonía ocular con sus complicaciones asociadas. 4. Por último, el propio efecto térmico del láser argón y también los restos de las suturas FIJAS que quedan atrapados a nivel subconjuntival son capaces de provocar inflamación favoreciéndose así la cicatrización conjuntival y con ello el fallo de la cirugía.

*Conclusión:* Varias e importantes han sido pues las modificaciones durante estos últimos años en la cirugía convencional de la trabeculectomía con el objetivo de conseguir una técnica mejor y más segura, y nosotros queremos compartir cada una de estas maniobras con todos los asistentes al próximo congreso de la SEO en Sevilla.

CC37

### MANEJO DE LUXACIÓN DEL COMPLEJO LENTE-SACO TRAS CIRUGÍA DE GLAUCOMA CON VÁLVULA EXPRESS®

POYALES GALÁN Francisco, FERNÁNDEZ GARCÍA Aitor, POYALES VILLAMOR Blanca, PÉREZ IZQUIERDO Ricardo

*Introducción:* Presentamos un caso de un paciente varón con glaucoma Pseudo exfoliativo no controlado con medicación máxima, operado hace 15 años de Faco emulsificación + anillo + lente intraocular sin complicaciones. Se realiza una Cirugía de Glaucoma mediante la colocación de Válvula Express® + MMC sin complicaciones. A las 3 semanas de la intervención se observa una luxación inferior de complejo lente-saco.

*Técnica quirúrgica:* Optamos por realizar una explantación del complejo y sustitución por LIO Artisan® de fijación Iridiana. Aprovechamos que la cirugía de glaucoma es reciente para abrir conjunta, ampliar tapete escleral previo hacia cornea clara e introducción en cámara anterior por delante de la válvula Express®. Tras la extracción del complejo lente-saco se realiza vitrectomía anterior e iridectomía. Colocamos LIO Artisan® y suturamos tapete ampliado con Nylon de 10/0. Debido a la fibrosis subyacente decidimos aplicar MMC en lecho escleral. Presentamos el caso clínico con Fotografías pre-post, video de la intervención y OCT-Visante de cámara anterior.

*Conclusión:* La luxación del complejo lente -saco precoz tras cirugía filtrante con válvula Express®, es una complicación muy rara, que puede solventarse aprovechando la incisión escleral previa modificada.

CC38

### **SÍNDROME IRIDOCORNEAL ENDOTELIAL: VARIANTES CLÍNICAS DE UN MISMO SÍNDROME (A PROPÓSITO DE 3 CASOS) Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LA ANOMALÍA DE AXENFELD-RIEGER**

SIERRA ALONSO Carlos, PAZOS LÓPEZ Marta, LONDOÑO ROJAS Gabriel Jaime, FALAH Randa

*Introducción:* El síndrome iridocorneal endotelial (ICE) incluye un espectro de tres variantes clínicas cuya diferenciación es dificultosa por poseer características superponibles entre ellas y solapamiento de signos en su presentación, y por su conversión entre las tres entidades en su seguimiento debido al carácter progresivo de la enfermedad. El síndrome de Axenfeld-Rieger (A-R) es un diagnóstico diferencial (DD) a tener en cuenta.

*Casos clínicos:* Se presentan cuatro casos clínicos. Tres casos de ICE en diferentes estadios evolutivos, examinados prospectivamente mediante biomicroscopía, gonioscopía, microscopía especular (ME) y campimetría, uno de ellos requiriendo queratoplastia penetrante por descompensación corneal en un varón joven. El resto de casos se presentaron en dos mujeres de 28 y 50 años con corectopia pupilar unilateral casual y disminución de visión unilateral con corectopia, respectivamente, que sólo precisaron seguimiento evolutivo, en el que se identifica el carácter progresivo de la enfermedad. Se presenta un caso clínico de un varón joven con anomalía de A-R, que permite ver los rasgos clínicos comunes y diferenciales para realizar el DD con el síndrome ICE.

*Conclusión:* La incidencia, afectación corneal, grado de corectopia y sobretodo los cambios iridianos son la clave para poder etiquetar las diferentes entidades de síndrome ICE. Atendiendo a la presentación clínica y una exploración cuidadosa del segmento anterior se puede llegar a realizar el DD entre el síndrome ICE y de AR y otras disgenesias del segmento anterior. El uso de imágenes de ME que evidencian los cambios epiteliales en el endotelio del tejido ICE, es también de gran ayuda diagnóstica. Se requiere un seguimiento periódico de las dos entidades presentadas por los cambios evolutivos que presenta, posibilidad de descompensación corneal y la alta incidencia de glaucoma en ambos casos, de hasta en un 50%.

CC39

## ¿ENFERMEDAD ENMASCARADA? UN RETO DIAGNÓSTICO: GLAUCOMA NORMOTENSIVO VS SILLA TURCA VACÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

VALSERO FRANCO Sonia, PINAR SUEIRO Sergio

*Introducción:* Se describe el caso de un varón con sospecha de glaucoma normotensivo en ojo izquierdo(OI)hasta llegar a un diagnóstico complementario de silla turca vacía;así como la discusión sobre el tratamiento propuesto.

*Caso clínico:* Varón,59 años,consulta en junio 2012 por pérdida subjetiva de agudeza visual(AV) en OI de meses de evolución.AV OI es 0.9.Se observa tensión ocular normal y papilas asimétricas. La tomografía de coherencia óptica(OCT)del nervio óptico muestra adelgazamiento de capa de fibras nerviosas(CFN)de la retina en sectores superior y temporal que se correlaciona con disminución de CFN en sectores superiores en OCT de células ganglionares y defecto en forma de escotoma arciforme inferior en campimetría(con respeto del rafo horizontal).Ante los hallazgos descritos se pone tratamiento hipotensor ocular pero por progresión del defecto campimétrico en revisiones posteriores se plantea diagnóstico diferencial de atrofia óptica unilateral.Se pide resonancia magnética nuclear de órbita/cerebral y estudio genético sobre neuropatía óptica.Como resultados se observó,ausencia de silla turca y pruebas genéticas,normales.

*Conclusión:* Se plantea un caso controvertido sobre glaucoma normotensivo.La primera sospecha sobre el caso presentado es de glaucoma normotensivo(datos sugestivos tanto en las guías europeas sobre diagnóstico de glaucoma así como en la puntuación del mapa de desviación de la CFNR,Leung 2010).Por lo que la primera actitud es poner tratamiento hipotensor ocular y seguir evolución.El estudio continúa cuando se objetiva progresión en campimetría,es en este momento cuando se plantea diagnóstico diferencial y extender el estudio a otras disciplinas.Ante el hallazgo de silla turca vacía,nos hace replantear el diagnóstico y surge la duda de explicar el cuadro por los hallazgos en las pruebas de imagen y/o la presencia de glaucoma normotensivo,continuar con el tratamiento hipotensor ocular así como la actitud a tomar en las siguientes revisiones.

CC40

### **MANEJO QUIRÚRGICO COMBINADO: QUERATOPLASTIA PENETRANTE (QPP), VITRECTOMIA VIA PARS PLANA (VPP) Y DISPOSITIVO DE DRENAJE DE GLAUCOMA (DDG) EN PACIENTES CON EDEMA CORNEAL POST QUIRÚRGICO Y GLAUCOMA**

FUENTE DÍEZ Yésica de la, CAMPO CARRASCO Zoraida del, TAPIA RIVERA Rhadaysis, TÉLLEZ VÁZQUEZ Jesús

*Introducción:* Describimos el manejo quirúrgico de triple procedimiento queratoplastia penetrante (QPP), vitrectomía via pars plana (VPP) y dispositivo de drenaje de glaucoma (DDG) en cámara posterior en pacientes con edema corneal post quirúrgico y glaucoma en tratamiento con triple terapia o cirugía previa de glaucoma que presentan neuropatía óptica glaucomatosa.

*Casos clínicos:* Presentamos 2 casos clínicos con descompensación corneal en los que se ha realizado secuencialmente VPP para implante de dispositivo de drenaje con tubo en cámara posterior y QPP. El primer caso clínico: mujer de 54 años que presentaba edema corneal postquirúrgico en su ojo derecho (OD). Tenía como antecedentes en dicho ojo un traumatismo ocular en la infancia, una extracción extracapsular de catarata e implante de lente intraocular (LIO) OD, llevaba un DDG con tubo en cámara anterior. Planteamos realizar una QPP por el edema corneal y decidimos colocar el tubo del DDG en cámara posterior para evitar el daño del injerto corneal. El segundo caso clínico: mujer de 80 años que presentaba edema corneal postquirúrgico y glaucoma en tratamiento con triple terapia. Como antecedentes oftalmológicos dicho ojo había sido operado de facoemulsificación con implante secundario de LIO anclada a iris, y posteriormente precisó una VPP, endolaser y gas C3F6 más cerclaje escleral por desprendimiento de retina. Se decide realizar una cirugía combinada de QPP, posicionamiento de la LIO anclada retroiris y DDG con tubo en cámara posterior para conseguir un buen control de la PIO.

*Conclusiones:* La cirugía combinada de QPP, VPP DDG en cámara posterior nos permite en un mismo acto quirúrgico el manejo del paciente sin complicaciones sobreañadidas a las propiamente dichas de ambas cirugías por separado. En nuestra experiencia en ambos casos no se ha precisado el uso de una queratoprótesis para realizar la VPP. Los resultados obtenidos han sido un buen control de la PIO y el mantenimiento del injerto transparente.

CC41

### ENCEFALITIS SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON DIETILCARBAMACINA EN UN PACIENTE CON LOIASIS OCULAR

NIEVES MORENO María, BAÑEROS ROJAS Paula, GEGÚNDEZ FERNÁNDEZ José Antonio, DÍAZ VALLE David

*Introducción:* La loiasis es una filaríasis cutánea causada por *Loa loa*. La infección es generalmente asintomática pero las manifestaciones más frecuentes son el edema de Calabar y la migración de los gusanos adultos bajo la conjuntiva bulbar. La encefalitis es la complicación más grave y suele ser secundaria al tratamiento.

*Caso clínico:* Se trata de una paciente mujer de 34 años y nacionalidad española que había viajado a una zona endémica 6 años antes de la presencia de parásitos adultos de *Loa loa* subconjuntivales. El estudio microbiológico reveló una microfilarémia por *Loa loa* de 200/mL y se propuso tratamiento con dosis progresivas de dietilcarbamacina. Durante el tercer día de tratamiento, la situación neurológica de la paciente empeora bruscamente siendo diagnosticada de encefalitis difusa.

*Conclusión:* Se han reportado casos de encefalitis durante el tratamiento con dietilcarbamacina en pacientes con altos niveles de microfilarémia (entre 50.000 y 2000/ML), en este caso la encefalitis se presenta con una microfilarémia significativamente menor, algo que no estaba descrito en la literatura hasta la fecha.

CC42

### **EMBOLIZACIÓN IATROGÉNICA DE LA ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA**

NÚÑEZ MÁRQUEZ Sara, LÓPEZ SORIANO Laura, ORTS VILA M.<sup>a</sup> Paz, MENGUAL VERDÚ Encarnación

*Introducción:* El enorme desarrollo de la radiología intervencionista en los últimos años ha facilitado el tratamiento por vía endovascular de numerosos cuadros clínicos que tradicionalmente habrían requerido cirugía convencional. Sin embargo no son procedimientos exentos de complicaciones. La presencia de variantes anatómicas del árbol vascular puede acarrear consecuencias clínicas de gran trascendencia si no son tenidas en cuenta.

*Caso clínico:* Paciente varón de 61 años de edad, hipertenso y dislipémico. Sin antecedentes oftalmológicos de interés. A cargo del Servicio de Otorrinolaringología por una epistaxis derecha incoercible tratada mediante cateterización supraselectiva de la arteria maxilar interna (AMI) y embolizada con microesferas. Un día después es remitido a nuestro servicio por pérdida súbita de visión en ojo derecho (OD) de 24 horas de evolución. A la exploración oftalmológica presentaba agudeza visual sin corrección en el ojo derecho (OD) de movimiento de manos(periferia temporal)y en ojo izquierdo (OI) de 0'9. Presión intraocular en OD 13 y OI 19, polo anterior normal en ambos ojos, en el polo posterior (PP) del OD se observaba una palidez retiniana isquémica, mancha rojo cereza, adelgazamiento de los vasos sanguíneos con interrupción del flujo en algunos puntos y zonas de reperusión distal. El PP del OI era normal. El estudio radiológico evidenció una variante de la normalidad en el nacimiento de la AMI. Se diagnosticó de embolización iatrogenica de la arteria central de la retina y se pautaron corticoides intravenosos y acetazolamida oral.

*Conclusión:* El estudio detallado de la anatomía del árbol vascular de la región a intervenir es un requisito fundamental para el éxito de cualquier intervención de estructuras de cabeza y cuello, así como para evitar daños colaterales.

CC43

## INTOXICACIÓN POR ANESTESIA RETROBULBAR

SANCHIDRIÁN MAYO María

*Introducción:* La anestesia retrobulbar en oftalmología produce una anestesia locoregional de los tejidos oculares y periorbitarios con posibilidad de difusión a través de la vaina del nervio óptico hacia el sistema nervioso central. Su utilización permite la realización de cirugías complejas, de duración prolongada o en pacientes poco colaboradores.

*Caso clínico:* Se presentan dos pacientes de 73 y 75 años que van a ser intervenidos mediante facoemulsificación con trabeculectomía por presentar cataratas y glaucoma crónico de ángulo abierto avanzado. Previo a la intervención se inyecta mezcla de anestesia retrobulbar (4 mililitros de lidocaína al 2% junto con 4 de bupivacaína al 0,75% y hialuronidasa) por oftalmólogo adiestrado y bajo protocolo habitual. En uno de los pacientes se produce un cuadro de convulsiones tónicas en miembros a los pocos minutos de la inyección de la anestesia que cede tras administración de midazolam sistémico. En el segundo caso se produce un cuadro de deterioro severo del nivel de conciencia con desconexión del medio, convulsiones similares y depresión aguda de la función respiratoria. Tras el episodio descrito precisa sedación con ventilación mecánica invasiva durante 12 horas en unidad de cuidados intensivos. En 24 horas se produce recuperación espontánea de la función respiratoria y neurológica con estabilidad hemodinámica y sin que se ocasionen secuelas o disfunciones orgánicas.

*Conclusiones:* La toxicidad nerviosa por difusión de anestesia retrobulbar a través de la vaina del nervio óptico es mayor en pacientes con glaucomas avanzados que presentan un deterioro funcional y estructural marcado del nervio óptico. La severidad del cuadro clínico es variable y se puede producir una parada cardiorespiratoria que precise reanimación cardiopulmonar y asistencia en unidad de cuidados intensivos. No obstante, la recuperación completa y espontánea del cuadro clínico viene condicionada por el metabolismo del fármaco empleado.

CC44

### **SÍNDROME DE HORNER COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE LINFOMA DE HODGKIN; A PROPÓSITO DE UN CASO**

ABASCAL AZANZA Cristina, ABARZUZA CORTAIRE Ruth, SALINAS GUERRA Ruth, ECHEVERRÍA PALACIOS Marta

*Introducción:* Síndrome de Horner post-ganglionar caracterizado por ptosis palpebral incompleta y anisocoria como primera manifestación clínica de Linfoma de Hodgkin.

*Caso clínico:* Paciente de 19 años con historia de molestias oculares de dos meses de evolución finalmente derivado por su médico de atención primaria a consulta de Oftalmología. En la primera valoración oftalmológica se evidenció una discreta hiperemia conjuntival, falso enoftalmos, ptosis palpebral incompleta y anisocoria con miosis de ojo derecho. El resto de la exploración fue normal con una agudeza visual de la unidad. De acuerdo a los hallazgos congruentes con Sd. De Horner se decidió solicitar una analítica sanguínea y una radiografía de tórax en la que se observó un ensanchamiento mediastínico derecho e infiltrado parenquimatoso en lóbulo superior derecho. Mediante estudios complementarios subsiguientes se diagnosticó al paciente de un Linfoma de Hodgkin tipo esclerosis nodular estadio IV que responde adecuadamente al tratamiento con ciclos de A+ AVD.

*Conclusiones:* Enfatizar en la imprescindibilidad de una correcta exploración física y anamnesis, existiendo la necesidad de esforzarse por adquirir las bases de esta disciplina durante la formación médica. Ello permitirá ahorrar tiempo al paciente hasta el diagnóstico y gastos innecesarios en pruebas exploratorias mecanizadas. A pesar de la rara forma de presentación de LH que presenta el paciente (un único artículo encontrado al revisar la bibliografía); el Sd. De Horner es un signo neurológico que ha de ser investigado para caracterizar la causa subyacente.

CC45

## **PÉRDIDA DE AGUDEZA VISUAL POR HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS, A PROPÓSITO DE UN CASO**

ÁNGELES CANO Bartolomé, CALZADO HINOJOSA José, OLMO JIMÉNEZ Natalia

*Introducción:* La pérdida visual monocular en niños es un signo que alarma tanto a pacientes y padres como a médicos. En un niño con neuropatía óptica debemos realizar un abordaje sistematizado y tener en cuenta todas las posibles causas de la misma. La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) con origen en la base del cráneo es una causa rara de neuropatía óptica.

*Caso clínico:* Paciente de 10 años que acude a urgencias por proceso febril, sin antecedentes personales de interés. Dos meses después de este episodio, la paciente aprecia disminución de la agudeza visual (AV) en el ojo izquierdo (OI), por lo que fue examinada en las consultas externas de oftalmología. Su AV fue 10/10 en el ojo derecho (OD) y de 0,7 en el OI. En la biomicroscopía se observó un defecto pupilar aferente relativo (DPAR), una exotropía discreta del OI y una exoftalmometría de 23 milímetros en el OI; siendo de 18 milímetros en el OD. En el fondo de ojo (FO) del OI se apreció una papilitis, por lo que se realizó una resonancia magnética nuclear (RMN) que demostró un tumor óseo craneal, que posteriormente fue mejor caracterizado y localizado con la realización de una tomografía axial computerizada (TAC). También se pidieron unos potenciales evocados visuales (PEV) y una electroretinografía (ERG), que mostraron datos compatibles con neuropatía óptica izquierda, y se realizaron biopsias confirmando el diagnóstico de histiocitosis de células de Langerhans. La paciente recibió tratamiento con prednisona y vinblastina.

*Conclusión:* Ante un paciente con la sospecha de neuropatía óptica hay que realizar el diagnóstico diferencial con neuritis desmielinizantes, infecciosas, óptica de Leber, por enfermedades sistémicas, por hipertensión arterial y por hipertensión intracraneal, pero es fundamental descartar neuropatías compresivas con la realización de RMN y TAC craneal y orbitario, ya que, aunque la prevalencia de tumores en niños sea escasa, siempre hay que tenerlos en cuenta.

CC46

### **SÍNDROME DE PARINAUD «PLUS» EN PACIENTE CON DISGERMINOMA**

BURGUEÑO MONTAÑÉS Carmen, SANTALLA CASTRO Carla

*Introducción:* El Síndrome de Parinaud consiste en una parálisis supranuclear de la mirada vertical por daño del tectum mesencefálico. El compromiso de las estructuras adyacentes da lugar al Sd. de Parinaud «plus».

*Caso clínico:* Presentamos el caso de un varón de 33 años con historia de diplopía ocasional de 2 años de evolución que acude a urgencias por alteración del campo visual, pérdida de equilibrio e incontinencia urinaria en últimas semanas. A la exploración oftalmológica presenta Sd. De Parinaud (parálisis de la mirada superior y nistagmus de convergencia-retracción), exotropía y papiledema atrófico en OI. Tras las pruebas de neuroimagen y biopsia estereotáxica se diagnostica de Germi-noma de la glándula pineal. Recibe quimio y radioterapia con respuesta completa del tumor. El Sd. De Parinaud persiste un año después del diagnóstico y aunque se valoró corrección del estrabismo lo rechazó.

*Conclusión:* El Sd. De Parinaud ha sido considerado por muchos neurólogos como un signo patognomónico de tumor en la glándula pineal. Un cuidadoso examen neurooftalmológico es de inmenso valor para la localización anatómica exacta. Ante un Sd. De Parinaud acompañado de diplopía y por tanto un compromiso neurooftalmológico mayor (Sd. De Parinaud plus) se debe pensar en la extensión de la lesión a otras áreas adyacentes.

CC47

### **DIPLOPÍA EN URGENCIAS: ¡OJO CON EL SÍNDROME DE MILLER FISHER!**

CARO PEÑA Irene, GIRÓN ÚBEDA Juan Miguel, MORALES LÓPEZ M.<sup>a</sup> Dolores, RODRÍGUEZ SUÁREZ Alejo Honesto

*Introducción:* El síndrome de Miller Fisher (SMF) es la variante más frecuente del síndrome de Guillain Barré. Se trata de una polirradiculopatía monofásica que aparece de una a dos semanas después de una infección respiratoria alta o digestiva. Se caracteriza por la tríada clásica de oftalmoplejía, ataxia y arreflexia. Parece desencadenarse por un proceso autoinmune: anticuerpos (Ac) antigangliósidos GQ1b dirigidos contra un componente de la mielina que se encuentra en los nervios periféricos.

*Caso clínico:* Mujer de 52 años sin enfermedades de interés que acude a urgencias por diplopía binocular horizontal de aparición aguda asociándose con crisis de vértigo rotatorio e inestabilidad. Refiere cuadro autolimitado de laringitis ocho días antes. En la exploración presentaba endotropía alternante con ojo izquierdo fijador; limitación en la abducción de ambos ojos, mayor en ojo derecho, y parálisis de la mirada conjugada vertical; pupilas isocóricas y normorreactivas; fondo de ojo normal; hiporreflexia global y marcha atáxica. La analítica y tomografía axial computerizada urgente fueron normales. Los estudios complementarios realizados, incluyendo analítica, punción lumbar, resonancia magnética craneal (RMN) y electroneurograma (ENG), fueron compatibles con el SMF. Los Ac antigangliósidos fueron negativos. Se inició tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas (Ig G i.v.) con estabilización clínica.

*Conclusión:* Aunque el SMF se encuentra con poca frecuencia en la práctica clínica, es una de las etiologías considerar en la diplopía aguda. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, apoyado por el ENG, la disociación albúmino-citológica presente en el líquido cefalorraquídeo y la RNM normal. La detección de Ac anti-GQ1b resulta muy útil para confirmar el diagnóstico; no obstante, la sensibilidad no es del 100%. En nuestro caso el resultado fue negativo, pero el cuadro clínico, la exclusión de otros procesos y la respuesta a Ig G, permitieron establecer el diagnóstico.

CC48

### **SEGMENTACIÓN DE LA RETINA COMO TÉCNICA NO INVASIVA PARA DEMOSTRAR HIPERPLASIA DE LA CAPA DE FIBRAS NERVIOSAS DE LA RETINA EN LA ATAXIA DE CHARLEVOIX-SAGUENAY**

FUERTES LÁZARO Isabel, RODRIGO SANJUÁN M.<sup>a</sup> Jesús, OTÍN MALLADA Sofía, BAMBÓ RUBIO M.<sup>a</sup> Pilar

*Introducción:* La Ataxia neuromuscular autosómica y recesiva de Charlevoix-Saguenay (ARSACS) es una afección neurodegenerativa que afecta al movimiento muscular debido a una atrofia en la parte superior del vermis, en el extremo cervical de la médula espinal, cerebelo y cortex cerebral. Presentamos una nueva técnica de segmentación de las capas de la retina mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) para evaluar la capa de fibras nerviosas de la retina (CFNR) en pacientes con ARSACS.

*Caso clínico:* Se evaluaron 5 pacientes diagnosticados de ARSACS. Todos presentaban espasticidad del limbo inferior, anomalía en los reflejos tendinosos, respuestas plantares extensoras, nistagmo, marcha incoordinada (ataxia) y deformidades óseas distales (pies cavos y dedos en martillo). A todos ellos se les realizó un examen oftalmológico completo, incluyendo medida de la agudeza visual, tonometría por aplanación, perimetría automatizada, y el nuevo análisis tomográfico aislando las diferentes capas de la retina mediante Spectralis OCT. Se detectaron anomalías en los campos visuales de todos los pacientes y un aumento significativo en los espesores de la CFNR medidos mediante Spectralis OCT. La nueva técnica de segmentación de las capas de la retina reveló un incremento significativo en el espesor de tres de las capas internas de la retina: membrana limitante interna, CFNR y capa de células ganglionares.

*Conclusión:* Estos hallazgos sugieren la presencia de hiperplasia neurofilamentosa en la retina de los pacientes con ARSACS. El nuevo método de segmentación mediante Spectralis OCT podría constituir una herramienta muy útil para evaluar la estructura y anomalías retinianas causadas por la ARSACS. Esta nueva aplicación mejora la delimitación de las capas de la retina y la resolución de la imagen, puesto que puede omitir la existencia de defectos focales. Además, estos resultados hacen que nos replanteemos los mecanismos etiopatogénicos de la ARSACS.

CC49

## SÍNDROME DE LHERMITTE DUCLOS: DESDE LA FUNDOSCOPIA AL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO

GAMA Ivo Filipe, ALMEIDA Leonor Duarte, MONTEIRO-GRILLO Manuel

*Introducción:* El rarísimo Síndrome de Lhermitte-Duclos (SLD) se caracteriza por gangliocitoma displásico cerebelar, que se asocia al Síndrome de Cowden(SC), que son causados por mutación del gene PTEN(Phosphatase and tensin homolog gene).El SLD puede causar hipertensión intracraneal teniendo por este motivo, indicación quirúrgica. Los autores describen un nuevo caso raro de SLD y papiledema.

*Caso Clínico:* Mujer, 36 años de edad, con antecedentes de múltiples tumores cutáneos benignos que fueron removidos quirúrgicamente, y de tiroidectomía para tratamiento del cáncer de tiroides. En 2014, se presentó con cefalea e obscuraciones visuales. La mejor agudeza visual corregida bilateral es de 10/10. La presión ocular, los reflejos pupilares a la luz y los movimientos oculares fueron normales. La fundoscopia reveló papiledema. La tomografía reveló una lesión cerebelosa que ocupa espacio con hidrocefalia oclusiva y la resonancia magnética (RM) reveló una lesión cerebelosa característica de SLD. La Tomografía de coherencia óptica y la angiografía con fluoresceína confirmó el papiledema. La perimetria computarizada reveló agrandamiento de la mancha ciega. La cirugía con colocación de una derivación ventriculoperitoneal fue realizada en el día siguiente. Después de 1 semana, la lesión cerebelosa fue removida (craneotomía suboccipital). El seguimiento en los meses siguientes reveló resolución del papiledema y de las alteraciones perimétricas. Actualmente, la paciente no tiene lesiones de la capa de fibras nerviosas ni alteraciones significativas de los campos visuales. El estudio genético (PTEN) confirmó el diagnóstico del SC.

*Conclusion:* El examen oftalmológico puede llevar al diagnóstico del rarísimo síndrome de Lhermitte-Duclos. El oftalmólogo debe considerar este síndrome en el diagnóstico diferencial en un paciente con papiledema y antecedentes de múltiples tumores cutáneos y cáncer de tiroides o mama.

CC50

### **SÍNDROME DE WEBER: CLÍNICA OCULOMOTORA**

GONZÁLEZ GIL Casilda, LAFUENTE ORTIZ Sonsoles, GONZÁLEZ MANRIQUE M.<sup>a</sup> del Mar, MILNER BAÑÓN Mercedes

*Introducción:* El síndrome de Weber es uno de los síndromes cruzados del tallo cerebral. Se debe a un infarto talamomesencefálico con afectación del pedúnculo cerebral y, por lo tanto, del núcleo del III par craneal.

*Caso clínico:* Paciente de 43 años de edad, sin factores de riesgo cardiovascular, que acude a la urgencia por ptosis izquierda de horas de evolución, acompañado de diplopia y debilidad en miembro inferior derecho. En la exploración oftalmológica, el paciente presenta una ptosis bilateral asimétrica, siendo total en el ojo izquierdo; una limitación de la elevación en ambos ojos; además de una limitación en la infraversión y en la adducción en el ojo izquierdo, así como una midriasis asimétrica, mayor en ojo izquierdo. Ante esta clínica de parálisis nuclear del III par craneal izquierdo, se decidió realizar un tomografía axial computerizada (TAC) cerebral con contraste, que fue normal. La aparición de nuevos signos neurológicos como disartria y disminución del nivel de alerta, llevaron a hacer una resonancia magnética (RMN) cerebral, que mostró un infarto isquémico a nivel de tálamo y pedúnculo cerebral izquierdos, con una hipoplasia de la arteria comunicante posterior.

*Conclusión:* La lesión a nivel del pedúnculo cerebral, o síndrome de Weber, cursa con una parálisis completa del III par craneal ipsilateral a la lesión y una hemiparesia contralateral a la lesión, por afectación de la vía corticoespinal. La presencia de ptosis y déficit de la elevación bilateral nos deben hacer sospechar de un origen nuclear de la parálisis del III par craneal.

CC51

### **MEMBRANA NEOVASCULAR COROIDEA YUXTAPAPILAR SECUNDARIA A HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

HERNÁNDEZ ORTEGA Virginia, SOLER SANCHÍS M.<sup>a</sup> Isabel, JIMÉNEZ ESCRIBANO Rosa M.<sup>a</sup>, SANZ LÓPEZ Ana M.<sup>a</sup>

*Introducción:* La Hipertensión Intracraneal Idiopática (HTII) tiene una incidencia de 0.9 por 100.000 habitantes, aproximadamente el 0.53% de estos pacientes desarrollan una membrana neovascular coroidea.

*Caso clínico:* Mujer de 48 años que acudía a urgencias por pérdida de visión con ojo izquierdo de 15 días de evolución. Presentaba una agudeza visual (AV) en el ojo derecho de la unidad y en el ojo izquierdo de 0.3. En el fondo de ojo se observó papiledema y hemorragia coroidea peripapilar compatible con membrana neovascular asociada. Dado el primer hallazgo, se realizó tomografía computerizada cerebral, que es normal, e ingresó en Neurología. La punción lumbar presentaba una presión de salida de líquido cefalorraquídeo de 35cm H<sub>2</sub>O y se trató con acetazolamida cada 8 horas. Tras realización de OCT y AFG, se diagnosticó de Membrana Neovascular (MNV) coroidea yuxtapapilar en contexto de HTII. Se trató con una dosis de Bevacizumab y, al mes, presentaba fibrosis y desprendimiento del epitelio pigmentario en haz papilomacular, pero el sangrado había desaparecido. La AV a los 2 meses era de 0.6. No obstante, a los 8 meses presentaba AV 0.2 con mayor componente hemorrágico en área de la MNV por lo que se consideró la posibilidad de reactivación y se indicó una nueva inyección intravítrea de bevacizumab con posterior adelgazamiento foveal y AV 0.3.

*Conclusión:* La formación de la MNV asociada a HTII se produce en el borde peripapilar de la membrana de Bruch por la presión ejercida por el nervio, de manera que la hipoxia inducida por el edema promueve la angiogénesis y la formación de la MNV. El tratamiento con bevacizumab es una opción efectiva para pacientes que desarrollan MNVSR asociado a papiledema. Sin embargo, en nuestro caso, hubiera sido necesaria la segunda dosis de carga de antiVEGF de una forma más precoz.

CC52

### **PARESIA DEL SEXTO PAR UNILATERAL TRAS ANESTESIA EPIDURAL**

LÓPEZ SORIANO Laura, FERNÁNDEZ MONTALVO Lorena, MENGUAL VERDÚ Encarnación,  
FONT JULIÁ Elsa

*Introducción:* El sexto par craneal recorre una larga distancia desde su origen en el tronco del encéfalo, hasta llegar a los músculos oculomotores en la órbita, siendo muy sensible a cualquier patología que implique compresión local y a los cambios de la presión intracraneal.

*Caso clínico:* Mujer de 26 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por diplopia y cefalea de 24 horas de evolución, ocho días después de una anestesia epidural por su primer parto, que transcurrió sin complicaciones. La exploración general fue normal y en la oftalmológica se detectó una diplopia horizontal, de tipo incoitante, mayor en la visión lejana, de 10 dioptrías prismáticas, con una limitación de la abducción del ojo izquierdo, compatible con una paresia del VI par craneal izquierdo, confirmándose estos hallazgos en el test de Hess. La agudeza visual era de la unidad en ambos ojos, la presión intraocular se encontraba dentro de la normalidad y en la exploración del polo anterior y del posterior no se objetivaron hallazgos patológicos. No se encontraron otras alteraciones en la exploración neurológica. Las pruebas complementarias (estudios analíticos, electrocardiograma y TAC craneal) resultaron dentro de la normalidad. Con todo ello, nuestro diagnóstico de sospecha fue de un síndrome de hipotensión intracraneal tras punción accidental de la duramadre durante el procedimiento anestésico. Se decidió tratamiento conservador con hidratación y oclusiones oculares alternas y cuatro semanas después del inicio del cuadro, la diplopia se había resuelto y el test de Hess se había normalizado, estando la paciente asintomática.

*Conclusiones:* La hipotensión del líquido cefalorraquídeo tras un procedimiento invasivo diagnóstico o terapéutico, en nuestro caso de anestesia epidural, es una posible causa de diplopía a tener en cuenta ante una paresia oculomotora, especialmente si se trata del VI par.

CC53

### PARÁLISIS DEL TERCER PAR CRANEAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UN GERMINOMA INTRACRANEAL

MARÍN Octavian, RODRÍGUEZ FERRO Fátima, FERNÁNDEZ ULLOA Francisco Javier

*Introducción:* El germinoma intracraneal es un tumor maligno infrecuente que representa 0.5-2% de todos los tumores intracraneales primarios. Suele ocurrir en niños y adultos jóvenes. Es muy sensible a radioterapia y/o quimioterapia y es potencialmente curable sin cirugía.

*Caso clínico:* Paciente varón de 15 años que acude por visión doble y anisocoria de un mes de evolución. En la exploración oftalmológica se observa anisocoria, con pupila izquierda en midriasis arreactiva. En dextroversión se identifica la parálisis del recto medio izquierdo. En supraversion se observa también hipofunción del recto superior izquierdo. Ante la sospecha de patología intracraneal aguda se solicita TAC cerebral urgente. La imagen del TAC revela una lesión ocupante de espacio de densidad similar a los vasos, de aproximadamente 18 mm en la región pineal. El diagnóstico inicial fue de proceso neofornativo pineal. La resonancia magnética cerebral y de la columna dorso-lumbar demuestra tumoración de la región pineal sugestiva de tumor de células germinales (probable germinoma) con lesiones intraaxiales extramedulares metastásicas a nivel dorsal bajo y lumbar. Se decide iniciar tratamiento con radioterapia y quimioterapia. La evolución es buena y un año después del diagnóstico la Resonancia Magnética Nuclear demuestra la regresión total de las lesiones tumorales intracraneales y intraaxiales medulares.

*Conclusión:* A pesar de la extensión sistémica del tumor, el paciente ha presentado signos y síntomas limitados al nervio oculomotor, siendo la única manifestación de un proceso neofornativo intracraneal. En resumen, una exploración oftalmológica cuidadosa es crucial en el diagnóstico de una patología que puede amenazar la vida del paciente. Con este caso se intenta resaltar el papel del oftalmólogo como profesional responsable de la iniciación del proceso diagnóstico.

CC54

### HEMIANOPSIA HOMÓNIMA COMO PRESENTACIÓN DE UN ASTROCITOMA ANAPLÁSICO

MONTEJANO MILNER Rafael, NOVAL MARTÍN Susana, VÁZQUEZ COLOMO Paola

*Introducción:* El astrocitoma anaplásico es un tumor cerebral infrecuente; su incidencia es de 3,5 casos por millón de habitantes-año. Suele localizarse en los lóbulos frontal y temporal, y presentarse con defectos motores, alteraciones psíquicas e hipertensión intracraneal.

*Caso clínico:* Varón de 59 años sin antecedentes de interés que acudió a Urgencias refiriendo pérdida de visión por su hemicampo visual izquierdo de un día de evolución. La agudeza visual fue de 2/3 en ambos ojos. La campimetría por confrontación impresionó de hemianopsia izquierda bilateral. El resto de la exploración oftalmológica fue anodina. La tomografía computarizada cerebral mostró una lesión parietotemporal derecha sugestiva de tumor primario de estirpe glial-astrocítica. En la campimetría automatizada posterior se encontró una hemianopsia homónima izquierda con congruencia incompleta. La tomografía de coherencia óptica (OCT) no presentó hallazgos relevantes. El análisis histopatológico de la lesión reseca subtotalmente confirmó el diagnóstico de astrocitoma anaplásico. El paciente está en tratamiento con quimioterapia basada en temozolomida y radioterapia.

*Conclusión:* Los defectos del campo visual han sido infrecuentemente descritos como manifestación inicial de neoplasias retroquiasmáticas. Los tumores son asimismo una causa menos frecuente de hemianopsia homónima que los accidentes cerebrovasculares (70%) y traumatismos (14%), aunque por su potencial compromiso vital no deben dejar de contemplarse en el diagnóstico diferencial. La sospecha clínica de defectos homónimos nos obliga en todos los casos a solicitar una prueba de imagen. La presentación clínica y la ausencia de atrofia en la OCT sugieren un cuadro de corta evolución.

CC55

### **MENINGIOMA ESFENOIDAL: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ**

MORA BOTIA Gladys Lorena, CASTILLO LARA Jorge, BOLÍVAR MONTESA Pilar, GARCÍA CAMPOS Severiano

*Introducción:* Los meningiomas de la fosa media constituyen un grupo de tumores benignos que comparten un área determinada de la base del cráneo; los del ala del esfenoides son los más frecuentes y constituyen el 20% de todos los meningiomas intracraneales. Son más frecuentemente en mujeres de alrededor de 50 años y las manifestaciones clínicas pueden ser epilepsia, cefalea, disminución de agudeza visual (AV), papiledema, atrofia del nervio óptico (NO), afectación del V par y III par craneal; sin embargo es muy poco frecuente que se presente con disminución de AV unilateral exclusivamente.

*Caso clínico:* Paciente varón de 38 años de edad que consulta por disminución de AV progresiva ojo izquierdo (OI) asociado a cefalea matutina y fatiga. Presenta AV de 20/20 en OD y 1/10 OI, TO 17/16, DPAR OI, Ishihara 13/13 OD Y 0/13 OI, MOE normales, BMC normal, FO OD normal y OI palidez papilar. Se realiza OCT de papila que muestra en el OI alteración de la CFNR a nivel temporal e inferior y disminución del grosor del disco óptico del OI con respecto al OD 97/76. Campo Visual (CV) compatible con compresión del NO OI. Mediante TAC cerebral y con reconstrucción 3D se diagnostica meningioma esfenoidal. Es intervenido quirúrgicamente para extirpación del tumor con recuperación completa de AV y CV.

*Discusión:* Las lesiones intracraneales comprensivas deben considerarse como diagnóstico en pacientes con disminución de AV y exploración oftalmológica normal. Los meningiomas son la neoplasia intracraneal primaria benigna mas frecuente y dependiendo de su localización pueden presentar CV patológico, atrofia del NO, edema de papila, diplopía o proptosis. A pesar del cuadro poco florido del paciente, la alta sospecha clínica aunado a los estudios de neuroimagen han hecho posible la recuperación completa de AV y perimétrica tras la extirpación quirúrgica del tumor.

CC56

### NEUROPATÍA ÓPTICA UNILATERAL TRAS CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

MORCILLO GUARDIOLA Manuela, GÓMEZ RAMÍREZ Ana M.<sup>a</sup>, GÓMEZ MOLINA Celia, VILLEGAS PÉREZ M.<sup>a</sup> Paz

*Introducción:* Las complicaciones oftalmológicas en cirugía ortognática son raras y en general banales, siendo la epifora la más frecuente. Las fuerzas de tracción, compresión o contragolpe transmitidas durante la cirugía o las fracturas de base de cráneo extendidas a la órbita pueden lesionar estructuras neurovasculares orbitarias. Presentamos el caso de una paciente con neuropatía óptica unilateral tras cirugía de prognatismo mandibular.

*Caso clínico:* Paciente mujer de 41 años sin antecedentes personales de interés sometida a cirugía ortognática mediante osteotomía Le Fort I y mentoplastia de retroceso sin complicaciones, que refiere pérdida de visión de su ojo derecho (OD) tras despertar de la anestesia. La agudeza visual (AV) de OD era percepción de luz y presentaba defecto pupilar aferente relativo (DPAR) discreto de dicho ojo, siendo el resto de exploración oftalmológica normal. Se realizó TC craneal y orbitario de urgencias, que no mostró alteraciones que explicasen el cuadro clínico y se pautó dexametasona intravenosa. Dos meses después, la AV del OD era contar dedos a 2 metros, había DPAR completo y atrofia óptica. El campo visual mostró un islote central menor de 10°, en la OCT papilar se observó una pérdida de la capa de fibras nerviosas de predominio superior e inferior y el estudio electrofisiológico informó de una neuropatía óptica axonal severa del OD. La resonancia magnética no encontró hallazgos concluyentes.

*Discusión:* La neuropatía óptica tras cirugía ortognática es una complicación poco frecuente, que ha sido descrita en la literatura, pero cuyo mecanismo etiopatogénico no ha sido del todo aclarado. El tratamiento médico se basa en corticoterapia sistémica y vitaminas del complejo B, realizándose descompresión quirúrgica en casos seleccionados, aunque a pesar del tratamiento el pronóstico visual a largo plazo es grave.

CC57

### «PARADOJA» ENTRE ESTRUCTURA Y FUNCIÓN TRAS RESECCIÓN SUBTOTAL DE MACROADENOMA DE HIPÓFISIS

MORIÓN GRANDE Manuel, MARCO GARCÍA M.<sup>a</sup> del Carmen, LÓPEZ ARROQUIA Tirsia Elvira, MUÑOZ DE ESCALONA ROJAS José Enrique

*Introducción:* Presentamos un caso de macroadenoma de hipófisis que tras descompresión mostró desfase entre la recuperación funcional y la recuperación del grosor medio de capa de fibras nerviosas de la retina (GmCFNR).

*Caso:* Varón de 57 años con visión borrosa en el ojo izquierdo (OI) desde hace 4 meses que empeoró el último mes. Exploración inicial: AV: 8/10 en OD y 3/10 en OI. PIO: OD: 16 mmHg y OI: 18 mmHg. BMC: normal. FO: excavaciones papilares (EP) de 0,7 en OD y 0,8 en OI. En campo visual (CV), el OD presentó hemianopsia temporal con DM de -7.93 Db y en OI un defecto altitudinal inferior y cuadrantanopsia temporal superior con DM de -19.24 Db. En OCT: GmCFNR de 75 um en OD y 58um en OI. En resonancia magnética (RN) de cráneo mostró masa intra y suprasellar que medía 41x30x30 mm compatible con macroadenoma hipofisario. Se realizó exéresis subtotal vía endonasal transesfenoidal con postoperatorio sin complicaciones. Al 6º mes mejoró el CV (OD: DM: -0.77 Db y OI: DM: -12,16 Db) pero empeoró el GmCFNR (OD: 69 um y OI: 54 um) con AV (OD: 9/10 y OI: 7/10). Un año después observamos discreta mejoría del CV (OD: DM: -0,31 Db y OI: DM: -10,22 Db), mejoría en el GmCFNR respecto a la exploración previa (OD: 73 um y OI: 57 um) y AV (OD: 10/10 y OI: 9/10).

*Conclusión:* Se han propuesto varios procesos para explicar la rápida recuperación postquirúrgica del CV. Con nuevas técnicas de RM (Diffusion Tensor Imaging) se vio una rápida velocidad en los procesos de remielinización en el sistema nervioso central del humano (2-4 semanas) que pueden ser la causa principal de la rápida recuperación funcional. El desfase en la recuperación función-estructura tras la descompresión se ha descrito. Antes del 6º mes postdescompresión la recuperación funcional se acompaña de un «paradójico» empeoramiento estructural. En animales la recuperación estructural parece ocurrir a partir del 6º mes. Procesos de degeneración axonal retrógrados pueden persistir durante tiempo explicando el desfase.

CC58

## ATROFIAS ÓPTICAS HEREDITARIAS CON SIGNOS Y SÍNTOMAS SISTÉMICOS, DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO

OLIVERA Maximiliano, MARTOS LÓPEZ M.<sup>a</sup> Montserrat, MUIÑOS MURO Santos Javier

*Las atrofiyas ópticas hereditarias son un grupo de patologías clínica y fisiopatológicamente similares que requieren de gran pericia de parte del profesional para poder diagnosticarlas con certeza.*

*Caso 1:* Paciente de 4 años que es referida a nuestro centro por nistagmo pendular con atrofia del segundo par bilateral y adelgazamiento vascular sin estigmas de degeneración tapetoretiniana, resto normal. MAVC 0,025 OD y 0,01. En 2004 con 34 años MAVC 0,01 AO. Aporta historial de sintomatología neurológica, entre ellas ataxia. En la funduscopia se observan alteraciones maculares y vasculares. Última visita de diciembre de 2014 la paciente logra percepción luminosa con mala localización. Diagnóstico presuntivo Síndrome de Behr. Últimamente se han descrito alteraciones en tres proteínas mitocondriales codificadas en ADN nuclear como causantes del Síndrome de Behr, (OPA1, OPA3 y C12ORF65). Se plantearan nuevos estudios a la paciente y familia. *Caso 2:* Paciente de 40 años de edad que llega diagnosticada y tratada por glaucoma desde hace 5 años. Antecedentes de estrabismo y oclusiones. En la primera vista se cuestiona el diagnóstico previo en base a los hallazgos de la exploración, en su lugar se sospecha degeneración tapetoretiniana, ERG subnormal, alteraciones en la adaptometría para conos y bastones. Diagnóstico presuntivo: RP sin pigmento. En 2010 la paciente es ingresada con crisis comiciales, evidenciándose un examen físico neurológico anormal, por lo que se piensa en el Síndrome NARP (Neuropatía, Ataxia y Retinitis Pigmentosa), diagnóstico que es confirmado mediante la detección de una mutación en el gen 6MTP.

*Conclusión:* Es fundamental sospechar la presencia de este grupo de entidades, realizar un abordaje multidisciplinario, para intentar llegar a un diagnóstico de certeza, detectar la mutación causal de la patología y brindar a nuestros pacientes expectativas realistas en cuanto al curso y pronóstico de la enfermedad y el adecuado consejo genético.

CC59

## ANEURISMA GIGANTE DE LA PORCIÓN CAVERNOSA DE LA CARÓTIDA INTERNA. PAPEL DEL OFTALMÓLOGO

PINTO HERRERA Candelaria, BLASCO ALBERTO Andrés, MESA LUGO Fátima Irene, PERERA SANZ Daniel Moisés

*Introducción:* El término aneurisma, hace referencia a la dilatación anormal de un vaso sanguíneo, tratándose más frecuentemente de una arteria. Los aneurismas de la porción cavernosa de la carótida interna (CI) constituyen el 2-3 % de los aneurismas intracraneales. Puedan dar lugar a sintomatología, siendo ésta secundaria a su efecto compresivo en el casi 60% de los casos.

*Caso clínico:* Varón de 40 años que acude a la consulta de Neurooftalmología refiriendo ptosis palpebral derecha y parestesias de paladar superior y labio superior derechos de 5-6 meses de evolución. No presenta antecedentes personales de interés. A la exploración destaca asimetría del pliegue palpebral superior y ligera palidez papilar en ambos ojos. Dado el cuadro de multineuritis craneal (segundo, tercer y quinto pares craneales afectos), se solicitan pruebas de imagen. En la arteriografía, se observa aneurisma fusiforme gigante de 45x40 mm en porción cavernosa de la CI derecha, que se extiende hasta el origen de la arteria oftálmica. El servicio de Neurocirugía decide tratamiento quirúrgico del aneurisma, realizándose implante de stents diversores de flujo. En el postoperatorio inmediato se observa anisocoria leve, siendo el resto de la exploración normal.

*Conclusiones:* Como ocurre en nuestro caso clínico, el oftalmólogo puede ser el primer profesional en encontrarse con esta patología. Por este motivo, es importante su conocimiento de las estructuras vasculares intracraneales y los posibles síndromes secundarios a su alteración. Esto permitirá realizar un diagnóstico por imagen con prontitud y así establecer un abordaje terapéutico multidisciplinar precoz, evitando así complicaciones tan graves como la hemorragia subaracnoidea, la cual podría poner en peligro la vida del paciente.

CC60

### NEUROPATÍA ÓPTICA POR ACEITE DE SILICONA TRAS DESPRENDIMIENTO DE RETINA

PLATAS MORENO Irene, NOVA FERNÁNDEZ-YÁÑEZ Luis, VELASCO SASTRE Isabel, MINAYA MARTÍNEZ Francisco

*Introducción:* Después del taponamiento con aceite de silicona ésta puede remplazar tejido en el nervio óptico a nivel retrolaminar provocando una reacción inflamatoria que puede terminar en una neuropatía óptica por silicona (NOS).

*Caso clínico:* Mujer de 47 años con disminución de visión (AV) del ojo derecho (OD) de una semana de evolución. Antecedentes: patología de cervicales y miopía de 4 dioptrías ambos ojos (AO). A la exploración AV OD: 0,9; ojo izquierdo: 1. Biomicroscopia AO: fáquica. Funduscopia OD: microdesgarro a las VIII horas con desprendimiento de retina (DR) plano y pliegues maculares con mínima condensación vítrea. Persistió DR a pesar de pneumopexia con C3F8 + barrera laser y posterior cerclaje. Se realizó VPP23G+facoemulsificación+lente intraocular y se tamponó con silicona 5000 centistokes. Postoperatorio: presiones intraoculares normales. Al mes: AV OD: 0,5 con escotoma subjetivo. Funduscopia: palidez papilar OD. Campo visual: arciforme inferior OD. Tomografía coherencia óptica: adelgazamiento de capa de fibras superiores OD. Pruebas infecciosas y sistémicas normales. Ante la sospecha de NOS se retiró con sustitución por C3F8 y se solicitaron pruebas de electrofisiología. Potenciales evocados visuales: amplitudes OD 50% menores que el OI. Electroretinograma: reducción leve amplitud OD. Diagnóstico: neuropatía óptica por silicona.

*Conclusiones:* Los mecanismos que provocan la migración del aceite no han sido aun aclarados. El glaucoma previo y diferencias anatómicas del nervio óptico son factores de riesgo. El daño provocado por el aceite de silicona se asocia a su alta viscosidad y al tiempo que permanece dentro del ojo. Los escotomas propios de la NOS pueden surgir durante el periodo de taponamiento y al retirar la silicona. La dificultad para la visualización de burbujas de silicona dentro del NO sugieren que la NOS puede estar infradiagnosticada y ser la causa de disminución de AV sin otra causa justificable en estos pacientes.

CC61

## FUNCIÓN VISUAL EN ALZHEIMER

RODRIGO SANJUÁN María Jesús, OTÍN MALLADA Sofía, BAMBÓ RUBIO M.<sup>a</sup> Pilar, SATUÉ PALACIÁN María

*Introducción:* La enfermedad de Alzheimer (EA) es la forma más común de demencia. Los síntomas visuales aparecen desde estadios precoces de la enfermedad. Clásicamente éstos fueron atribuidos a un origen cortical, pero recientemente se han demostrado alteraciones funcionales (en la agudeza visual, sensibilidad al contraste y visión cromática) y estructurales a nivel de retina y nervio óptico.

*Casos clínicos:* Se exploraron una serie de 24 ojos de pacientes diagnosticados de EA y se compararon con 37 ojos de controles sanos. La exploración constó de: mejor agudeza visual corregida (ETDRS con sensibilidades 100%, 2.5%, 1.5%), sensibilidad al contraste (test CSV-1000E y Pelli Robson (PR), estereopsis (TNO test), y visión cromática (Vision color Recorder para evaluación de Farnsworth (F) y Lanthony (L) 15D).

*Se encontró afectación estadísticamente significativa en EA para:* sensibilidad al contraste CSV-1000E (3ciclos/segundo (c/s) ( $1.45 \pm 0.22$  EA vs  $1.71 \pm 0.13$  sanos), 6c/s ( $1.67 \pm 0.33$  EA vs  $1.94 \pm 0.15$  sanos), 12c/s ( $1.23 \pm 0.33$  EA vs  $1.61 \pm 0.17$  sanos);  $p < 0.05$ ), PR ( $1.57 \pm 0.18$  EA vs  $1.90 \pm 0.10$  sanos;  $p = 0.002$ ), visión cromática F ACCCI (Índice de Confusión del Color Corregido a la Edad) ( $1.36 \pm 0.47$  EA vs  $1.04 \pm 0.32$  sanos;  $p = 0.002$ ), L ACCCI ( $1.45 \pm 0.51$  EA vs  $1.09 \pm 0.32$  sanos) ( $p = 0.004$ ). También se demostró una correlación directa significativa entre la sensibilidad al contraste (PR) y el volumen macular ( $p = 0.001$ ) y del espesor macular foveal ( $p < 0.001$ ) y entre la visión cromática (F) y el espesor de la capa de células ganglionares ( $p < 0.05$ )

*Conclusión:* La sensibilidad al contraste para frecuencias bajas y medias, y la visión cromática permiten detectar defectos de la función visual en pacientes con EA, haciendo de ellas una herramienta útil para el control de la enfermedad. Las pruebas funcionales, como la sensibilidad al contraste o la visión cromática, se correlacionan con pruebas estructurales, como el espesor o volumen macular y el espesor de células ganglionares, respectivamente.

CC62

### TUMORES DEL NERVIÓ ÓPTICO

SAMPEDRO LÓPEZ Antonio, DOMÍNGUEZ MORO Beatriz, CAMPOS ÁLVAREZ Carmen,  
BARBÓN GARCÍA Juan Jesús

*Introducción:* Las tumoraciones del nervio óptico pueden afectar a sus diferentes porciones: intraocular, infraorbitario, intracanalicular e intracraneal. Los tumores mas frecuentes que nos encontramos son los gliomas, asociados normalmente a Neurofibromatosis tipo 1, o bien los meningiomas, ya en la edad adulta. Los tumores mas frecuentes de la porción intraocular son los melanocitomas del nervio óptico, a veces también aparecen meningoceles en la porción intraorbitaria del nervio óptico.

*Casos clínicos:* El primer caso se trata de un melanocitoma del nervio óptico sin repercusión funcional. El segundo caso se trata de una niña de 4 años con Neurofibromatosis tipo 1 cutáneo que comienza con endotropia del OI observándose en la RMN un glioma del nervio óptico izquierdo tratado con quimioterapia. El tercer caso se trata de un paciente con un meningocele del nervio óptico descubierto al realizar una RMN por pérdida de sensibilidad en miembros superiores y sin repercusión clínica oftalmológica. Por ultimo presentamos 3 casos de meningiomas con pérdida de vision y que en la exploración tenían shunts opticociliares, pliegues retinianos o edema papilar localizado. En la RMN se determino su extensión y el tratamiento se basó en la cirugía y/o radiocirugía con Gamma Knife

*Conclusiones:* Los tumores del nervio optico en general se comportan como tumores benignos con un crecimiento lento, pero que si no estamos atentos a la sintomatología inicial muchas veces de carácter anodino y a una rigurosa exploración pueden pasar desapercibidos. La RMN nos dará el diagnostico, requiriendo en contadas ocasiones biopsia y anatomía patológica. El tratamiento dependerá del tipo de tumor optando por controles, quimioterapia o cirugía intracraneal asociada o no a radiocirugía.

CC63

### EDEMA DE PAPILA EN MUJER JOVEN

SOLER VILA Lluís

El edema de papila es típico de neuritis óptica (NO) en mujeres jóvenes. Otras entidades pueden ocasionar edema de papila unilateral en sujetos jóvenes. Presentamos el caso de una mujer de 24 años que acudió a urgencias por cefalea y visión borrosa del ojo derecho. El fondo de ojo (FO) mostró edema de papila derecho. Las pruebas de imagen descartaron lesión intracraneal. El edema de papila se monitorizó mediante OCT (Tomografía de Coherencia Óptica). Aunque no se detectó DPAR (Déficit Pupilar Aferente Relativo) ni déficit en la visión de colores se orientó inicialmente como NO. Se revisó el caso al ver que no evolucionaba como una NO típica y se reconoció que se trataba de una papiloflebitis que remitió espontáneamente al año de seguimiento. Concluimos que la papiloflebitis es una entidad poco frecuente en la que debemos pensar ante un edema de papila sin DPAR, visión de los colores normal y prueba de imagen normal.

CC64

### **HIDROPS CORNEAL AGUDO Y UVEÍTIS ANTERIOR SIMULTÁNEA EN UN PACIENTE CON DEGENERACIÓN MARGINAL PELÚCIDA**

BAÑEROS ROJAS Paula, NIEVES MORENO María, DÍAZ VALLE David, GEGÚNDEZ FERNÁNDEZ José Antonio

*Introducción:* El hidrops corneal es una ruptura del endotelio y la membrana de Descemet que permite que el humor acuoso penetre en el estroma corneal produciendo un gran edema estromal. Es una complicación muy poco frecuente que se asocia a ectasias corneales como el queratocono y la degeneración marginal pelúcida.

*Caso clínico:* Se trata de un paciente varón de 66 años de edad, en seguimiento en las consultas de oftalmología por una degeneración marginal pelúcida leve, que acude a urgencias presentando un hidrops agudo en hemicórnea inferior izquierda simultáneamente a una uveítis anterior aguda grave. Se instaura tratamiento con corticoides vía oral en pauta descendente junto con midriáticos y colirio antiedema. Posteriormente se procede a realizar dos inyecciones de SF6 al 50% en cámara anterior, separadas por una semana, tras las cuales el hidrops evoluciona favorablemente. El estudio inmunológico del paciente así como la analítica general no revelaron hallazgos de interés.

*Conclusión:* El aire o gas en cámara anterior impide la penetración de humor acuoso en el estroma corneal y aplanan la membrana de Descemet favoreciendo el cierre de las rupturas. Este tratamiento ha demostrado reducir el tiempo de edema corneal, el riesgo de complicaciones posteriores como la neovascularización pero no varía la agudeza final visual.

CC65

## QUERATECTOMÍA EDTA COMO TRATAMIENTO DE LA QUERATOPATÍA EN BANDA Y LA DEGENERACIÓN CÁLCICA

CHAMOUN OLEA Alejandra, MARTÍNEZ SOROA Itziar, ANSA ECHEGARAY Luis, FRUTOS EGIARTE Marta de

*Introducción:* La Queratopatía en banda(QB) y la Degeneración calcárea(DC) son dos procesos crónicos caracterizados por el depósito de material cálcico en la córnea. La etiología más común en ambos casos es la inflamación ocular crónica. La QB aparece desde un principio en la periferia corneal, siempre con un espacio de córnea transparente entre ésta y el limbo, y además el depósito cálcico se encuentra en las capas más superficiales de la córnea. Es la forma de calcificación corneal mas frecuentemente vista en la práctica clínica. Sin embargo, la DC se trata de un proceso de evolución mucho más rápida, pudiéndose depositar el calcio en todo el espesor corneal y además se origina frecuentemente en el eje visual. Ambos procesos pueden ser tratados mediante Queratectomía con ácido etilendiaminotetraacético (EDTA).

*Técnica quirúrgica:* Presentamos una serie de 8 casos, 2 de ellos seguidos en nuestro Servicio por DC y 6 de ellos por QB. Todos ellos fueron tratados mediante Queratectomía EDTA, tras anestesia tópica y previa desepitelización corneal superficial.El tiempo de aplicación de EDTA con hemosteta sobre la superficie corneal varía según la gravedad del cuadro, de 5 hasta 30 minutos, con la ventaja de que la reacción química del EDTA solo tiene efecto sobre el depósito cálcico y no sobre la córnea sana. Además 5 de ellos necesitaron cobertura con membrana amniótica, ya que los defectos epiteliales residuales no podían cerrar por segunda intención debido a su tamaño y profundidad. La mejoría visual no fue significativa ya que se trata en nuestro caso de pacientes con un potencial visual bajo, en cambio si se logró una disminución de las molestias oculares en todos ellos.

*Conclusión:* La Queratectomía EDTA además de ser considerada como tratamiento de primera línea en la QB y DC con la finalidad de obtener una mejoría visual, debería ser considerada como tratamiento paliativo en los casos en los que las medidas conservadoras no dan resultado.

CC66

## MANEJO QUIRÚRGICO DE PERFORACIÓN CORNEAL BILATERAL CONSECUTIVA POR QUERATITIS PERIFÉRICA ULCERATIVA EN ARTRITIS REUMATOIDE

CORTÉS QUIROZ Juan Carlos, PÉREZ SANTONJA Juan José, ÁLVAREZ PINEDA Camilo, DOMENECH ARACIL Nuria

*Introducción:* La queratitis periférica ulcerativa (QPU) es un proceso inflamatorio y/o infeccioso, destructivo de la córnea periférica, que se asocia a un defecto epitelial corneal e infiltrados inflamatorios subepiteliales y estromales. La QPU, marcador de progresión y severidad de la Artritis Reumatoide (AR), se asocia en un 34% y es una complicación devastadora que puede llegar hasta la perforación ocular y posible pérdida irreversible de visión.

*Caso clínico:* Mujer de 62 años, AR seropositiva. Refiere sensación de cuerpo extraño, visión borrosa y dolor en ojo derecho (OD). AV: OD Bultos OI 0,6. Severo adelgazamiento hasta membrana de Descemet a 2-3mm del limbo entre V-VIII, asociado a edema estromal perilesional. Tyndall 3+, sin perforación corneal. PIO OD:4. OI: adelgazamiento periférico de menor tamaño sin signos inflamatorios. Se inició Prednisona (1mg/kg) y medicación tópica (cloramfenicol, cicloplejico). A los 9 días, tuvo dolor intenso en OD por perforación (1mm) y herniación de iris que la obturaba, sin atalamia. Se realizó Queratoplastia Lamelar sectorial en banana. Iniciamos metotrexate semanal. A las 3 semanas, acude con dolor y lagrimeo abundante de OI, por perforación corneal (0,75mm) con signos inflamatorios entre V-VII, así como herniación de iris. Se ocluye defecto con parche de Cianoacrilato más lentilla terapéutica. Se pauta Exocin, Ciprofloxacino oral y Humira 40mg. Actualmente, injerto ha epitelizado un 75% (OD) y el parche (OI) está estable.

*Conclusión:* La QUP presenta un alto riesgo de perforación ocular, motivo importante para hacer diagnóstico y tratamiento precoz. El tratamiento quirúrgico en la QUP se reserva para restaurar la integridad del globo ocular con un estricto control del proceso inflamatorio, clave del éxito. En nuestro caso, donde la perforación fue bilateral pero de características distintas, optamos por realizar 2 tipos de técnicas quirúrgicas como el uso del Cianoacrilato y la Queratoplastia Lamelar sectorial (en banana).

CC67

## RECUBRIMIENTO CONJUNTIVAL TIPO GUNDERSEN MODIFICADO EN EL TRATAMIENTO DE PATOLOGÍA CORNEAL TRAUMÁTICA O INFECCIOSA

DÍAZ CÉSPEDES Ricardo, OLATE PÉREZ Álvaro, PÉREZ TORREGROSA Vicente Tomás, SERRA SEGARRA Miguel

*Introducción:* La técnica del recubrimiento conjuntival ha sido utilizada durante décadas para el tratamiento de afecciones corneales, desde que fue descrita por primera vez por Gundersen en 1958 y posteriormente modificada por Paton.

*Casos clínicos:* Caso 1. Varón de 85 años con dos queratoplastias penetrantes en ojo izquierdo por queratitis herpética, con recidivas en botón corneal. Acude con perforación central puntiforme en botón corneal con incarceration iridiana a dicho nivel. Se realizó de urgencia recubrimiento conjuntival total tipo Gundersen modificado, manteniendo Tenon subyacente a la conjuntiva del colgajo. Caso 2. Varón 53 años con absceso corneal por Pseudomona Aeruginosa en ojo derecho, con regular evolución pese a tratamiento con colirios reforzados de ceftazidima y ciprofloxacino tópico e intravenoso. Por limitada respuesta al tratamiento antibiótico, se realizó recubrimiento conjuntival total tipo Gundersen modificado. En los dos casos el postoperatorio fue favorable, con recubrimiento corneal conjuntival parcial, vascularizado y estable en el tiempo.

*Conclusión:* Actualmente el acceso cada vez mayor de otros tejidos como córneas donantes o membranas amnióticas han relegado la técnica de recubrimiento conjuntival a ciertos casos puntuales con escaso potencial visual y previos a la evisceración. Sus indicaciones incluyen la perforación ocular, así como el adelgazamiento corneal que puede provocarla, y las queratopatías infecciosas, donde el colgajo aporta un importante sustrato vascular. En la técnica realizada, la principal modificación, fue diseñar un colgajo compuesto de conjuntiva y Tenon, que ofrece un mayor soporte estructural y estabilidad de la zona afecta. Se trata de un procedimiento potencialmente reversible mediante la resección del colgajo, que incluso permite la realización posterior de otros procedimientos como la queratoplastia.

CC68

## **DOBLE RECUBRIMIENTO CORNEAL CON MEMBRANA AMNIÓTICA Y AUTOINJERTO CONJUNTIVAL EN DESCEMETOCELE PROFUNDO: SERIE DE CASOS**

ESAA CARIDE Neyla Carolina, GARCÍA GARCÍA Gerardo Pedro, JURADO GUANO Nancy, MUÑOZ BELLIDO Luis

*Introducción:* El injerto de membrana amniótica y el autoinjerto conjuntival se han utilizado individualmente para tratar y prevenir la perforación ocular en descemetocele profundo desde los años 90. Presentamos una serie de 8 casos de cirugía combinada injerto de membrana amniótica – autoplastia conjuntival con buen resultado anatómico y funcional. Propósito: Evaluar la utilidad de la técnica combinada injerto de membrana amniótica – autoplastia conjuntival en descemetocele profundo.

*Método:* Ocho ojos de 5 pacientes con descemetocele profundo fueron tratados mediante esta técnica quirúrgica con el fin de estabilizar la cornea y evitar o demorar una queratoplastia en caliente. Los diagnósticos fueron: Síndrome de Steven-Johnson, úlcera metaherpética, queratitis por acanthamoeba, úlcera secundaria a artritis reumatoidea y úlcera infecciosa en inmunodeprimido.

*Técnica quirúrgica:* Preparación de campo estéril. Anestesia tópica. Profilaxis con betadine al 10% periocular y al 5% en saco conjuntival. Aislamiento ocular y blefaróstato. Lavado con cefuroxima. Selección de membrana amniótica con estroma hacia abajo hasta cubrir la totalidad del defecto corneal. Fijación con nylon 10-0. Lidocaína subconjuntival y toma de autoplastia conjuntival. Aposición de la autoplastia sobre el recubrimiento de membrana amniótica y sutura con nylon 10-0. Aposición y sutura de la zona de toma del autoinjerto. Oclusión.

*Resultados:* Sellado del defecto corneal, temporal a la semana y definitivo con leucoma vascularizado al mes de la cirugía.

*Conclusiones:* La técnica quirúrgica empleada ha demostrado ser una alternativa válida en pacientes con úlceras tórpidas, descemetoceles profundos y perforaciones como paso intermedio a la queratoplastia penetrante. La baja antigenicidad de la membrana amniótica contribuye a frenar la destrucción tisular y favorece la epitelización corneal, mientras que el autoinjerto conjuntival aporta soporte y sujeción para la correcta aposición de la membrana.

CC69

## SEGUIMIENTO DE ÚLCERAS CORNEALES DE DIFÍCIL MANEJO MEDIANTE TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA DEL SEGMENTO ANTERIOR

FERNÁNDEZ AVELLANEDA Pedro, LÓPEZ-PLANDOLIT ANTOLÍN Silvia, ADRADOS CALLEJA Raquel, GUERGUÉ DÍAZ DE CERIO Olaia

*Introducción:* El propósito principal del caso es presentar la posibilidad de seguimiento de úlceras corneales infecciosas complicadas con herramientas como la tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (OCT-SA).

*Caso clínico:* Presentamos el caso de un varón, portador de lentes de contacto, que presenta una úlcera por *Fusarium solani* multirresistente a azoles y con sensibilidad intermedia a anfotericina. Presenta una evolución tórpida pese a tratamiento inicial con voriconazol y natamicina tópicos combinados posteriormente con posaconazol oral y anfotericina colirio, intraestromal e intracamerular una vez disponibles los resultados del fungigrama. Durante el seguimiento, se hacen múltiples OCT-SA y ecografías de control. Mediante la OCT-SA, monitorizamos el grosor corneal, la altura del infiltrado corneal y el estado del endotelio, información muy válida de cara a poder elegir el momento idóneo para la realización de una queratoplastia penetrante terapéutica (QPP). La QPP con cobertura inicial antifúngica y ciclosporina tópica al 2% para prevenir el rechazo resultan en éxito, alcanzando el paciente una AV final de 0,4 desde la tercera semana del postoperatorio.

*Conclusión:* La OCT-SA resulta una herramienta útil para el seguimiento de cada vez más patologías corneales, aportando información alternativa en casos difíciles y permitiendo una monitorización objetiva. Permite medir la evolución de parámetros como el grosor corneal, la localización de un infiltrado estromal, y nos da información adicional acerca del endotelio. Además, han ido surgiendo signos y existe en la actualidad un código de colores, que están aportando nuevos datos de cara al manejo. Con todo ello, me gustaría concluir que las úlceras fúngicas, constituyen una patología compleja del segmento anterior, y por tanto, es imprescindible combinar todas las herramientas diagnósticas y tener claras las distintas alternativas terapéuticas y utilizarlas en un orden lógico de cara a lograr el éxito.

CC70

## **CIRUGÍA DEL GRAN PTERIGION: CUANDO LA COBERTURA DEL LECHO JUSTIFICA EL CAMBIO DE ORIENTACIÓN DEL INJERTO**

GARGALLO BENEDICTO Amparo, HERNÁNDEZ PÉREZ Delia, BETANCUR DELGADO Eduardo, CERDÁ IBÁÑEZ Marta

*Introducción:* El reto principal en la cirugía del pterigion mediante exéresis con autoinjerto conjuntival es evitar la recidiva, entendida como invasión corneal > 1.5 mm, engrosamiento o congestión conjuntival que provoquen dellen, proliferación fibrovascular y/o cicatrización traccional. El 90% de las recidivas se producen entre los 3-6 primeros meses postcirugía. Son factores de riesgo el sexo masculino, la cirugía previa, la ocupación, la exposición a rayos UV o climas cálidos. La edad es factor protector y la disección amplia de la Tenon se asocia a mayor tasa de éxito. Se estudia el valor del cambio de orientación del injerto ante lechos esclerales grandes y su repercusión en la tasa de recidiva.

*Casos clínicos:* estudio de una serie de 10 casos clínicos de pterigion grado II (6 hombres, 4 mujeres), 3 de ellos recidivas, intervenidos mediante exéresis y autoinjerto conjuntival. Tras la resección amplia del pterigion y escisión minuciosa de la Tenon se obtiene un lecho escleral expuesto amplio. Se disecciona un injerto supero-temporal 2 mm mayor en ancho y largo al lecho escleral y se fija con Tissucol®. Se adapta la orientación del injerto a la morfología del lecho escleral, perdiéndose así la orientación yuxtalimbar-limbo, consiguiendo una mejor cobertura libre de tracción. Se realiza control fotográfico en los días 1-7-15-30 y 60 postcirugía. Se administra una pauta descendente de Corticoides tópicos durante 3 meses con control de la PIO. Tras un seguimiento de 10 meses no se observa ningún caso de recidiva. Se registró un caso de granuloma piógeno y dos casos de separación del borde nasal del injerto, que epitelizaron sin complicaciones.

*Conclusiones:* un injerto conjuntival de tamaño adecuado adaptado a la morfología del lecho escleral que asegure una buena cobertura libre de tensiones, proporciona buenos resultados quirúrgicos independientemente de la conservación de la orientación limbo-limbo con una tasa de recidiva del 0% tras 10 meses de seguimiento.

CC71

### MANEJO DE HEMORRAGIA PREDESCEMÉTICA TRAS FACO-EPNP

GARRIDO HERMOSILLA Antonio Manuel, DOMÍNGUEZ GARCÍA Belén, SPINOLA MUÑOZ Consuelo, CANO GÓMEZ M.<sup>a</sup> José

*Introducción:* La literatura oftalmológica internacional recoge al menos nueve casos de hemorragias intracorneales después de la realización de diversos procedimientos quirúrgicos antiglaucomatosos, fundamentalmente canaloplastias.

*Caso clínico:* Presentamos el caso de una mujer glaucomatosa de 79 años de edad, antiagregada con aspirina, que fue sometida a cirugía combinada de faco-esclerectomía profunda no perforante en el ojo derecho, apareciendo durante el postoperatorio temprano una hemorragia intracorneal predescemética. La hemorragia predescemética fue reduciendo levemente su tamaño durante el primer año de seguimiento, así como cambió su coloración desde el rojo inicial al ocre final. Se decidió no actuar sobre ella debido a que no existía compromiso visual secundario. En la actualidad, se ha detenido la progresión glaucomatosa del ojo intervenido, con estabilización de la presión intraocular (11 mmHg) y la agudeza visual (0.5 con su graduación).

*Conclusiones:* La aparición de hemorragias intracorneales representa una complicación más a tener en cuenta tras cirugías combinadas de catarata y glaucoma, especialmente en pacientes antiacoagulados o antiagregados. En caso de ausencia de reabsorción espontánea y compromiso del eje visual, se podrán utilizar diferentes métodos descritos en la literatura para su eliminación, tales como: el lavado quirúrgico con solución salina balanceada a través de una incisión corneal profunda con disección lamelar; la micropunción de la membrana de Descemet vía intracamerular con posterior descemetopexia mediante la inyección de aire o SF6 en cámara anterior; o la membrano-tomía descemética con láser Nd:YAG. Puede persistir una cicatriz translúcida en la región corneal afectada.

CC72

### TRASPLANTE ENDOTELIAL EN QUERATOPLASTIA PENETRANTE FALLIDA

HENRÍQUEZ RECINE M.<sup>a</sup> Angélica, HIERRO ZARZUELO Almudena del, BOTO DE LOS BUÉIS Ana, SÁNCHEZ-CARNERERO CASAS Fátima

*Introducción:* El fracaso del injerto de una Queratoplastia Penetrante (QP) constituye una indicación cada vez más frecuente de trasplante corneal. Antes la única opción era repetir la QP, lo cual se asocia a una tasa de fracaso de 25%–51%. La Queratoplastia Lamelar Profunda tipo DSAEK (Descemet Stripping Automated Endothelial Keratoplasty) representa una opción para la causa más común de fracaso de QP: la disfunción endotelial tardía, implicando menos complicaciones y una recuperación visual más rápida.

*Casos clínicos:* Presentamos 3 casos clínicos, 1 varón y 2 mujeres con edades entre 56 y 76 años y antecedente de QP por queratopatía bullosa pseudofáquica, que con el tiempo desarrollaron descompensación endotelial del injerto. Se les realizó trasplante endotelial en forma de DSAEK con Descemetorrexia e injertos 0,5mm menores que QP. En un paciente se observó a las 24 horas desprendimiento parcial periférico del injerto que precisó inyección de burbuja de aire en cámara anterior consiguiendo la adhesión del injerto. La mejor agudeza visual corregida mejoró de < 20/200 (0,05) a 20/100 (0,20), 20/80 (0,25) y 20/60 (0,33) en cada caso. Se observó aumento de la presión intraocular en todos, que fue controlada con tratamiento tópico de Timolol al 0,5% y Brimonidina. En un caso, a los 24 meses de seguimiento fue suspendido el tratamiento con dexametasona tópica y presentó rechazo endotelial agudo, el cual remitió una semana después de corticoide tópico.

*Conclusión:* En nuestra serie, la realización de DSAEK en QP fallidas es un procedimiento eficaz, con recuperaciones visuales rápidas, y resultados mantenidos en un tiempo máximo de seguimiento de 24 meses.

CC73

### **TACROLIMUS 0,03% TÓPICO EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS OCULAR**

RODRÍGUEZ AUSÍN M.<sup>a</sup> Paz, ANTOLÍN GARCÍA David, RUANO DEL SALADO Marta, HITA ANTÓN César

*Introducción:* La Psoriasis es una enfermedad autoinmune que puede afectar a la piel de los párpados y la Superficie Ocular, en forma de una blefarconjuntivitis crónica con cambios corneales e intenso prurito. Su curso crónico implica el empleo de numerosas terapias tópicas y sistémicas, no siempre con éxito. Presentamos cuatro pacientes afectos de Psoriasis Ocular que habían sido tratados con Ciclosporina tópica con mala tolerancia, a los que se indicó tratamiento «off label» con Tacrolimus 0,03% en formulación magistral.

*Casos clínicos:* Se trata de 2 varones y 2 mujeres, con una media de 72 años, con Psoriasis y severa sintomatología de superficie ocular. Los hallazgos clínicos más relevantes son blefaritis mixta, hiperemia conjuntival, pseudopterigium y queratitis difusa. En una paciente mujer de 72 años, existían datos de ectasia secundaria con adelgazamiento estromal y protrusión corneal. Previa autorización de la Comisión de Farmacia del Hospital y tras Consentimiento Informado se indica el uso de Tacrolimus 0,03% vía tópica ocular, dos veces al día. En todos los casos antes de dos semanas existe mejoría subjetiva y objetiva. La superficie corneal mejoró ostensiblemente así como la agudeza visual y las molestias subjetivas, especialmente el prurito. Los pacientes manifiestan una mejoría de su calidad de vida y mantienen indefinidamente el tratamiento con una aplicación nocturna de la pomada con un rango de seguimiento de 6 meses a 2 años.

*Conclusión:* El uso «off label» de Tacrolimus al 0,03% puede ser una alternativa a otros antiinflamatorios en el tratamiento de la psoriasis ocular. Hasta la fecha no se han reportado efectos adversos locales o sistémicos en su empleo como tratamiento de cuadros severos de Blefarconjuntivitis atópica y vernal.

CC74

**SOBREINFECCIÓN DE QUERATOPATÍA ESTROMAL HERPÉTICA POR FUSARIUM OXYSPORUM**  
SCOGNAMIGLIO Alessandro, DÍAZ VALLE Teresa, AGUILAR BARBADILLO Soledad, GIL GONZÁLEZ Casilda

*Introducción:* La enfermedad ocular herpética es la causa más frecuente de ceguera corneal en los países desarrollados y predispone a queratitis microbiana

*Caso clínico:* Mujer de 58 años seguida en nuestro servicio desde 2003 por síndrome de ojo seco secundario a síndrome de Sjögren y leucoma secundario a queratitis estromal herpética en ojo izquierdo. En julio de 2013 se plantea la cirugía de cataratas de ambos ojos pero poco después presenta un nuevo cuadro de queratitis herpética que obliga a retrasar la cirugía hasta enero de 2014, cuando es operada de ambos ojos, bajo profilaxis con valciclovir oral. A la semana de la cirugía presenta una reagudización de su queratopatía estromal herpética, que obliga a pautar tratamiento antiviral tópico y oral. La respuesta al tratamiento es prácticamente nula con progresión de la lesión hasta un adelgazamiento corneal severo que precisa tres injertos de membrana amniótica en un intento de reepitelizar la córnea durante el verano de 2014. Durante este periodo se obtienen repetidas muestras corneales y de humor acuoso para PCR de herpes, cultivo panbacteriano y panfúngico, resultando negativas, por lo que se pautaron diferentes tratamientos antibióticos y antifúngicos de forma empírica, vía oral y tópica. A pesar de la antibioterapia y de los injertos de membrana amniótica, la paciente acude al hospital en octubre de 2014 con una perforación corneal casi completa, por lo que es intervenida de urgencia con un parche de esclera y posterior queratoplastia penetrante una semana después de la perforación. El cultivo del tejido corneal muestra la presencia de un hongo de la familia Fusarium, por lo que se continúa el tratamiento empírico con voriconazol oral y tópico, anfotericina intravenosa y natamicina tópica 5%, sin embargo, el antifungigrama muestra que la especie encontrada, Fusarium oxysporum, es resistente a todos los antifúngicos disponibles. Dada la persistencia del microorganismo, la imposibilidad del tratamiento antifúngico y la mala evolución de la queratoplastia penetrante con amaurosis de la paciente, ésta es intervenida de evisceración del ojo izquierdo en noviembre de 2014.

*Conclusión:* La sobreinfección fúngica es una grave complicación de las queratopatías herpéticas, con muy mal pronóstico.

CC75

### **TRASPLANTE EPITELIAL LIMBAL SIMPLE (SLET) ALOGÉNICO DE DONANTE VIVO RELACIONADO EN INSUFICIENCIA LIMBAR BILATERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO**

TRIVIÑO GARCÍA-FRANCO Carmen, VELAZCO CASAPIA Jorge Pedro

*Introducción:* El trasplante epitelial limbal simple (SLET) es una técnica novedosa de trasplante de células madre limbares, que ha demostrado ser eficaz en casos unilaterales de insuficiencia de células limbares (ICL). Se basa en la expansión in vivo de las células epiteliales limbares donantes, facilitada con membrana amniótica, lo que permite reducir el tejido donante. Así, combina las ventajas del trasplante conjuntivolimbal convencional y cultivado, en un procedimiento asequible, sin riesgo de iatrogenia al donante, ni necesidad de laboratorios costosos. El caso que presentamos es el primer reporte de SLET alogénico de donante vivo relacionado, en un paciente con insuficiencia de células de limbo bilateral.

*Caso clínico:* Mujer de 67 años acude a nuestro centro por pérdida progresiva de visión, siendo diagnosticada de ICL total bilateral yatrogénica. Se propone realizar una técnica modificada de SLET alogénico de donante vivo relacionado, previa inmunosupresión con Metotrexate, comenzando por el ojo derecho. Tras 9 meses de seguimiento, la córnea se mantiene avascular y epitelizada. La agudeza visual no corregida (AVSC) al mes mejoró de movimiento de manos (MM) a 20/200. La agudeza visual mejor corregida (AVMC) se ha mantenido estable desde el tercer mes en 20/40. Actualmente, ha suspendido el tratamiento tópico, pero mantiene la inmunosupresión sistémica (15mg semanales de Metotrexate).

*Conclusión:* En casos de insuficiencia de células limbares total bilateral, el SLET alogénico de donante vivo relacionado constituye una alternativa eficaz. La inmunosupresión sistémica puede ser eficaz previniendo episodios de rechazo.

CC76

### ÚLCERA DE MOOREN BILATERAL: 30 AÑOS DE SEGUIMIENTO

VILAPLANA MIRA Ferrán, TEMPRANO ACEDO José, NADAL REUS Jeroni, BARRAQUER MONER Joaquín

*Introducción:* Presentación de un caso clínico de Úlcera de Mooren tipo II en una mujer joven, con afectación bilateral. La respuesta al tratamiento fue asimétrica. Mientras que en el ojo derecho (OD) obtuvimos una buena respuesta al tratamiento médico, en el ojo izquierdo (OI), la respuesta tanto al tratamiento médico como quirúrgico fue muy deficiente.

*Caso clínico:* Mujer de 33 años que acudió a urgencias en el año 1984, por sensación de cuerpo extraño, epifora y dolor intenso desde hacia 1 mes en ambos ojos. Su agudeza visual con corrección fue de 0-0'25+1=0'85 en ojo derecho (OD) y de 0-2'50+1=0'8 en OI. El examen biomicroscópico puso de manifiesto una úlcera periférica de 6 a 7 horas en el OD y de 6 a 9 horas en el OI. En el OD se controlaron los brotes con corticoides tópicos. El OI precisó tratamiento con corticoides tópicos y sistémicos, ciclosporina tópica, azatioprina oral y ciclofosfamida endovenosa. Este mismo ojo tuvo que ser intervenido en diferentes ocasiones y por este orden sucesivo: queratoplastia en corona semi-circular, queratoplastia de 12 mm, conjuntivo-córneo-esclero-plastia, queratoplastia penetrante de 10 mm con extracción extracapsular de catarata, recubrimiento con mucosa bucal, osteoqueratoprótesis tibial y finalmente de desprendimiento de retina en el año 2009. Su agudeza visual en el último control fue en el OD de 60-2'00+2'00=0'9 y en el OI de 0'04 sin mejoría con corrección.

*Conclusión:* La úlcera de Mooren es una patología crónica que cursa a brotes. La respuesta al tratamiento puede ser muy variable. La cirugía solamente debe estar indicada en casos con riesgo de perforación, siendo los inmunomoduladores la base del tratamiento.

CC77

## **KIT DE INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS PARA LA PREPARACIÓN DEL INJERTO EN DMEK**

CABRERIZO Javier

*Introducción:* La preparación del injerto de membrana de Descemet es el primero y uno de los pasos que suponen un mayor desafío en el contexto de la queratoplastia endotelial de membrana de Descemet (DMEK). El riesgo de pérdida del tejido donante así como la obtención de un injerto defectuoso que dificulte o haga imposible la cirugía suponen obstáculos evidentes inherentes a esta técnica. Por otra parte, la falta de un modelo animal adecuado y la dificultad de obtener corneas humanas para la práctica pueden hacer la curva de aprendizaje especialmente ardua.

*Técnica quirúrgica:* Presentamos un kit de instrumentos diseñados específicamente para la preparación del injerto de membrana de Descemet. Un cuchillete para la separación periférica y una pinza para la tracción y separación central y paracentral de la membrana. Ambos instrumentos se adaptan a la curvatura corneal y en nuestra experiencia ayudan a reducir tensiones y roturas durante la preparación.

*Conclusión:* El diseño de instrumentos específicos para la obtención del injerto en DMEK puede ayudar a reducir la pérdida de tejido, acortando la curva de aprendizaje y haciendo esta técnica asequible para un mayor número de cirujanos.

CC78

### **CARCINOMA SEBÁCEO CONJUNTIVAL EN SÍNDROME DE MUIR-TORRE**

LANUZA GARCÍA Amparo, TERRADEZ RARO Juan José, FERNÁNDEZ DE CÓRDOVA MARTÍNEZ M.<sup>a</sup> Isabel

*Introducción:* El síndrome de Muir-Torre es una rara genodermatosis autosómica dominante caracterizado por la asociación de un tumor cutáneo de origen sebáceo y una o más neoplasias viscerales malignas generalmente de bajo grado. Presentamos un caso de un paciente con un carcinoma sebáceo de carúncula que padecía además un carcinoma vesical.

*Caso clínico:* paciente de 88 años que consultó por una lesión en carúncula del ojo izquierdo de dos meses de evolución. Se extirpó y el resultado de anatomía patológica fue de carcinoma sebáceo. Se practicó exploración sistémica para descartar nuevas tumoraciones viscerales, además de la ya conocida, que fue negativa. El estudio inmunohistoquímico fue positivo para MSH2, MLH1, MSH6 Y PMS2

*Conclusión:* El carcinoma sebáceo ocular representa el 1% al 5.5% de todos los tumores malignos en esta área. Frecuentemente produce extensión metastásica. La presentación clínica más común es la de un tumor pequeño clínicamente indistinguible de un chalazión por lo que los pacientes son tratados por esta enfermedad retrasando el diagnóstico. Pocas veces se ha registrado un tumor sebáceo de conjuntiva. El conocimiento por parte del oftalmólogo del síndrome de Muir-Torre es esencial para poder tratar correctamente a los pacientes, pues hasta un 40% de los pacientes que sufren carcinomas sebáceos desarrollan o son portadores de carcinomas malignos viscerales. El examen multisistémico de todo paciente con una lesión sebácea ocular es necesario para descartar otros tumores malignos que no haya tenido manifestación clínica y realizar exámenes a sus familiares.

CC79

### **EFFECTO DEL TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN UN CASO DE LINFOMA DE GLÁNDULA LAGRIMAL PRIMARIO DE BAJO GRADO**

LUQUE VALENTÍN-FERNÁNDEZ M.<sup>a</sup> Luisa, ÁLVAREZ RODRÍGUEZ Federico, MARTÍN BRAVO Ana, GALLARDO SÁNCHEZ Luis Miguel

*Introducción:* El Rituximab constituye una excelente opción terapéutica en el linfoma ocular de anexos, aunque se asocia a una mayor tasa de recidivas que la radioterapia. Se presenta el caso de una paciente con un tratamiento de carga único con Rituximab y una excelente respuesta a los 4 años de seguimiento.

*Caso clínico:* Paciente de 70 años de edad que acude a la consulta por haber notado una deformidad en el párpado superior de ojo izquierdo. La exploración oftalmológica demuestra la presencia de una masa anaranjada en fondo de saco superior de dicho ojo y aumento de tamaño de glándula lagrimal ipsilateral con consistencia gomosa. La biopsia de la lesión conjuntival y de la glándula confirman el diagnóstico de proceso linfoproliferativo de bajo grado, concordante con linfoma B marginal extranodal. Se realiza estudio de extensión, que es negativo, y se inicia tratamiento con Rituximab con buena respuesta. A los 5 meses, la glándula lagrimal presenta una clara reducción del volumen, aunque se observa aparición de proliferación linfoide del mismo tipo en conjuntiva del ojo contralateral. A los 4 años y medio de la presentación del cuadro, la paciente mantiene buen estado general, con presencia de folículos conjuntivales aislados de escaso tamaño con características linfomatosas y con estudio de extensión negativo.

*Conclusiones:* La terapia con Rituximab ha resultado muy efectiva en esta paciente. Aunque los focos conjuntivales no han presentado una respuesta similar a la de la glándula lagrimal, su calidad de vida ha sido excelente y no se ha presentado una extensión del proceso linfoide.

CC80

### **SCEDOSPORIUM APIOSPERMUM: UN INVASOR ATÍPICO**

MACÍAS FRANCO Sandra, RODRÍGUEZ BALSERA Carlos, BURGUEÑO MONTAÑÉS Carmen, SALOM LUCENA M.<sup>a</sup> Cecilia

*Introducción:* El *Scedosporium Apiospermum* es un hongo saprófito que coloniza la vía aérea dañada de pacientes inmunodeprimidos. La infección diseminada tiene mal pronóstico y la resistencia a terapias hará muy complicada la resolución de la infección que pocas veces se consigue.

*Caso clínico:* Varón de 63 años de edad y antecedentes de DM, HTA, SAHOS grave, sinusitis crónica derecha y síndrome de Cushing secundario a adenoma hipofisario. Tras la resección vía endonasal del adenoma, comienza con astenia, cefalea progresiva hemicraneal y dolor hemifacial derechos. En los estudios se encontró un proceso inflamatorio hemifacial derecho con ocupación de ambos senos maxilares, celdillas etmoidales y seno esfenoidal. Debido al intenso dolor se realizó cirugía endoscópica urgente del seno maxilar aislándose *Scedosporium Apiospermum* y se inició tratamiento con antifúngicos. A las dos semanas de la cirugía comenzó con pérdida subjetiva de AV junto con proptosis, oftalmoplejia y atrofia del nervio óptico. Se vio progresión del proceso infeccioso-inflamatorio hacia vértice orbitario. Las pruebas de imagen revelaron disrupciones óseas en esfenoides y una celdilla etmoidal lo que demostró comunicación con órbita e invasión el seno cavernoso. La infección se había extendido infiltrando tejidos extraoculares y englobando el nervio óptico. Una segunda cirugía aceptando los riesgos debido a la situación del paciente y el tratamiento con Voriconazol prolongado han conseguido controlar la infección aunque no resolverla.

*Conclusiones:* El *Scedosporium Apiospermum* es un raro agente causal de pansinusitis. Ante una infección por este hongo, debemos iniciar un tratamiento intensivo y prolongado con antifúngicos intravenosos. Ante infecciones orbitosinusales complejas es importante la coordinación con otros especialistas.

CC81

## TUMORACIÓN ORBITARIA POR EXTENSION RINOSINUSAL EN UN PACIENTE CON GRANULOMATOSIS DE WEGENER

MOLINA SOCOLA Fredy Eduardo, GALVÁN CARRASCO M.<sup>a</sup> de la Paz, ESTAD CABELLO Aurora del, RUEDA RUEDA Trinidad

*Introducción:* La granulomatosis de Wegener es una enfermedad inflamatoria sistémica cuyas características histopatológicas son necrosis, formación de granulomas y vasculitis de pequeño y medio vaso. Las manifestaciones oftalmológicas ocurren hasta en el 50% de los pacientes en algún momento de la enfermedad y como manifestación inicial en el 8-16%. Cuando afecta la órbita, la forma presentación más frecuente es como pseudotumor inflamatorio, dacriocistitis aguda o proptosis ocular.

*Caso clínico:* Mujer de 49 años con enfermedad de Wegener de 5 años de evolución, acude por proptosis izquierda progresiva de 2 meses que no remite a pesar de tratamiento con corticoides, inmunosupresores y rituximab. A la exploración: Agudeza visual (AV) de 1 en ojo derecho y de 0,6 en ojo izquierdo. Exoftalmometría de Hertel de 17 y 23 mm, la motilidad ocular intrínseca era normal mientras que la extrínseca presentaba limitación de la adducción de OI encontrando diplopía en todas las posiciones oculares excepto en posición primaria, se palpa 2 tumoraciones duras fijas nodulares en región interna de parpado superior y una en parpado inferior. En el TAC se observa desplazamiento lateral de OI por ocupación tumoral que rompe etmoides e invade orbita izquierda en toda la pared interna y seno maxilar ocupado. Por falta de respuesta a tratamiento médico y crecimiento progresivo se decide abordaje quirúrgico. En la cirugía se encuentra perforación del tabique nasal con ocupación tumoral de ambas fosas nasales, rotura de la pared medial de la órbita por donde infiltra hacia la cavidad orbitaria. Se reseca tumoración rinosinusal y orbitaria. En postoperatorio se observa descenso significativo de la proptosis con disminución de la restricción de la aducción de OI.

*Conclusiones:* La invasión tumoral de la órbita por continuidad rinosinusal en la granulomatosis de Wegener es una manifestación severa y poco frecuente que no suele responder a tratamiento médico y requiere de un abordaje quirúrgico.

CC82

### **TRATAMIENTO URGENTE DE UN ENFISEMA ORBITARIO SECUNDARIO A DACRIOCISTORRINOSTOMÍA CON LÁSER DIODO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

RICO SANTOS Elisabet, CAMPOS MOLLO Ezequiel, CABRERA BEYROUTI Rubén, LEÓN SALVATIERRA Gala Patricia

*Introducción:* La dacriocistorrinostomía transcanalicular (DCR-TC) con láser diodo es un procedimiento quirúrgico que se realiza como tratamiento de la obstrucción del conducto nasolagrimal. En comparación con la técnica convencional, evita la incisión cutánea, el período de intervención es menor, la pérdida de sangre es mínima y las complicaciones postoperatorias, son menos frecuentes.

*Caso clínico:* Varón de 82 años pseudofáquico, con antecedentes de glaucoma y de episodios de dacriocistitis de repetición en ojo izquierdo. Fue diagnosticado de obstrucción del conducto nasolagrimal del ojo izquierdo e intervenido mediante DCR-TC con láser diodo que se llevó a cabo sin complicaciones. En el postoperatorio inmediato el paciente refirió tumefacción y dolor ocular de inicio brusco tras sonarse la nariz. En la exploración se evidenció crepitación a la palpación, ptosis y limitación de la superversión de la mirada. La agudeza visual fue de 0,5 y en la biomicroscopía se objetivó hiperemia y quemosis conjuntival e hiporreactividad pupilar. La tensión intraocular fue de 80 mmHg y en la oftalmoscopia se observó una papila de coloración normal y bordes bien definidos. Se administró acetazolamida e hipotensores tópicos. La TAC mostró presencia de aire intraorbitario. Se llevó a cabo una técnica de drenaje urgente mediante punción en espacio retrobulbar con aguja de 25-gauge consiguiéndose control tensional. Se pautó tratamiento ambulatorio con acetazolamida, hipotensores tópicos y antibioterapia sistémica. Fue valorado a las 24 horas presentando una presión intraocular controlada y remisión de los síntomas.

*Conclusión:* El enfisema orbitario es una complicación infrecuente que se da sobre todo en traumatismos faciales, sinusitis y cirugía dental u otorrinolaringológica. Aunque suele ser un cuadro autolimitado, puede tratarse de una verdadera emergencia oftalmológica. En este caso, la técnica de drenaje mediante aspiración con aguja de insulina, consiguió la resolución del cuadro.

CC83

## RECONSTRUCCIÓN PALPEBRAL MEDIANTE TÉCNICA DE HUGHES MODIFICADA TRAS RESECCIÓN CARCINOMA BASOCELULAR AMPLIO

RODRÍGUEZ PIÑERO Marta, MONTS CAMBERO Nerick Enedina

*Introducción:* Revisión, a través de un caso de excisión quirúrgica de un carcinoma basocelular amplio localizado en párpado inferior, de la técnica de Hughes modificada en un paciente de 88 años con hipertensión arterial como único antecedente de interés.

*Técnica quirúrgica:* Por tratarse de un defecto ocupante de más del 80% del párpado inferior, afectando ambas lamelas y borde libre, decidimos, tras la resección total del tumor, realizar la reconstrucción mediante la técnica de Hughes modificada. Esta técnica consiste en la reparación palpebral en dos tiempos quirúrgicos. En un primer tiempo se realiza un colgajo tarsoconjuntival de párpado superior para reponer la lamela posterior y para la sustitución de la lamela anterior, en nuestro caso, utilizamos un injerto libre de párpado superior del mismo ojo incluyendo músculo orbicular. En un segundo tiempo, 1 mes después, se retiran las suturas y se procede a la sección del colgajo tarsoconjuntival con un resultado funcional y estético muy satisfactorio, sin ectropion secundario.

*Conclusión:* La técnica de reconstrucción de Hughes modificada es muy válida y ofrece unos resultados muy buenos tanto funcionales como estéticos en caso de reconstrucción párpado inferior tras resección de lesiones ocupantes de más del 50% del párpado inferior. Puesto que esta técnica ocluye en eje visual durante al menos 1 mes, se debe evitar en niños por poder desarrollar una ambliopía por privación.

CC84

### **DACRIOCISTORRINOSTOMÍA VÍA EXTERNA: PUNTO DE PEXIA**

ROIG REVERT M.<sup>a</sup> José, FONT JULIÁ Carolina, DÍAZ GIRALDO Fernando Alberto, FONT PÉREZ Tomás

*Introducción:* La dacriocistorrinostomía (DCR) es una técnica quirúrgica cuyo objetivo es crear un drenaje anatómico de la vía lagrimal obstruida al meato nasal medio realizando una nueva comunicación entre la mucosa nasal y saco lagrimal a través de una osteotomía realizada en el hueso lagrimal. La DCR vía externa se sigue considerando actualmente la técnica «gold standard» con una tasa de éxitos reportada del 80 al 90%. Nuestra aportación a esta técnica es el denominado punto de pexia.

*Técnica quirúrgica:* Una vez expuesto el campo quirúrgico y realizada la osteotomía, realizamos un colgajo en «U» de la mucosa nasal. Tras la incubación endocanalicular pasamos una sutura absorbible de 5-0 doblemente armada de forma continua en el siguiente orden de estructuras y siempre desde su cara posterior a anterior: mucosa nasal, saco lagrimal, músculo transversal nasal y piel. La retirada del mismo se realiza a los 15 días.

*Conclusión:* El objetivo del punto de pexia consiste en elevar el plano de la mucosa nasal a piel para evitar el cierre de la comunicación creada entre ésta y pared externa del saco lagrimal durante los primeros 15 días. Nuestra tasa de éxitos sin recurrencias con esta maniobra asciende al 90,8%.

CC85

### RECONSTRUCCIÓN PALPEBRAL EN NIÑO CON XERODERMA PIGMENTOSO

SÁNCHEZ CAÑAL Belén, MONTS CAMBERO Nerick Enedina, CARRIÓN CAMPO Raquel, SALDAÑA GARRIDO Juan David

*Introducción:* El Xeroderma Pigmentoso (XP) es una enfermedad que se caracteriza por una alta sensibilidad a los rayos ultravioleta provocando grandes alteraciones en piel y ojos, con mayor probabilidad de padecer tumores cutáneos. Las manifestaciones oculares son fotofobia, blefaritis, queratitis, leucomas corneales hasta ulceraciones corneales y producción de grandes tumores palpebrales y conjuntivales. Está causado por mutaciones en genes implicados en la reparación del ADN, es de herencia autosómica recesiva y tiene una prevalencia estimada de 1 por millón en Europa.

*Caso clínico:* Varón de 7 años que acude por múltiples tumoraciones en ojo izquierdo que afectan a párpados, conjuntiva y córnea. A la exploración, se aprecia una tumoración en párpado inferior que afecta a borde libre de gran tamaño que origina un ectropión secundario y la presencia de varias lesiones de aspecto melanocítico en conjuntiva asociando leucomas corneales en ambos ojos. Debido a estos hallazgos se decide la intervención quirúrgica, se realiza resección de las lesiones localizadas en el párpado y la conjuntiva. Para la exéresis de la tumoración localizada en párpado inferior se decide la resección de la misma y la colocación de un injerto de piel de la pelvis. Sin embargo para la exéresis de la lesión corneo-conjuntival se prefiere realizar extirpación de la lesión y la realización de un injerto de membrana amniótica. La anatomía patológica revela que el tumor palpebral era un carcinoma basocelular nodular, metatípico y con células claras y un espesor de 3mm. Sin embargo las lesiones corneo-conjuntivales se correspondían con tejido con signos de hiperplasia epitelial, displasia moderada y disqueratosis.

*Conclusión:* Los pacientes con XP tienen una alta probabilidad de desarrollo de tumoraciones malignas oculares. Se requiere una exploración oftalmológica exhaustiva para establecer un diagnóstico precoz y extirpar estas lesiones antes de que proliferen demasiado para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

CC86

## **DILEMA DIAGNÓSTICO: MASA INTRACONAL EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE SARCOIDOSIS, ¿NÓDULO SARCOIDEO O LINFOMA?**

SANTALLA CASTRO Carla, VÁZQUEZ VECILLA David, TOVAR SALAZAR Diego Jair, JUNCEDA ANTUÑA Susana

*Introducción:* La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica de etiología desconocida, con amplio espectro de presentaciones clínicas. Para su diagnóstico requiere un cuadro clínico y radiológico compatible, y demostración histológica de granulomas no necrosantes, habiendo excluido cualquier otra causa responsable. Durante su evolución puede asociarse con tumores linfoproliferativos.

*Caso clínico:* Mujer. 60 años. Diagnóstico de sarcoidosis pulmonar estadio I 5 años antes, que recibió tratamiento corticoideo. Acude a Urgencias por dolor retroocular derecho de 7 días de evolución, que no cede con analgesia. Astenia importante los últimos meses. La exploración oftalmológica es normal, apreciándose lesión nodular intracanal derecha en contacto con nervio óptico en TC craneal, por lo que ingresa para control sintomático y realizar pruebas complementarias. En RM orbitaria la lesión aparece hipointensa en T2 e hiperintensa en T1, mostrando realce con gadolinio, hallándose otra idéntica en espacio masticador izquierdo, que se procede a biopsiar junto con adenopatía subclavicular que la paciente refiere desde hace 20 días. Durante el ingreso refiere diplopía intermitente y pérdida de AV, objetivándose edema de papila. Es tratada con bolos de corticoides a la espera del resultado anatomopatológico (AP). La citometría de flujo y biología molecular confirman linfoma no Hodgkin B de células grandes estadio IV, y los estudios de extensión muestran infiltración ganglionar, ósea, hepática, vaginal y orbitaria, sin afectación medular por lo que inicia tratamiento con R-DAEPOCH.

*Conclusiones:* Se han planteado el tratamiento inmunosupresor y la disregulación del sistema inmune presentes en la sarcoidosis (activación de linfocitos T CD4 y depleción de linfocitos T citotóxicos) como factores predisponentes para desarrollo de enfermedad linfoproliferativa. Es necesario conocer esta relación para el diagnóstico diferencial en casos de sospecha de recidiva de sarcoidosis, y completar su análisis con estudio AP.

CC87

## «ACUTE INTRAOPERATIVE ROCK-HARD EYE SYNDROME», ¿LA VITRECTOMÍA ES LA SOLUCIÓN?

CAMPOS POLO Rafael, RUBIO SÁNCHEZ Consuelo

*Introducción:* La cirugía de la catarata es la más repetida en nuestra práctica diaria pero no está exenta de complicaciones. Se ha descrito una entidad conocida como «Acute Intraoperative Rock-Hard Eye Syndrome» que consiste en el aplastamiento de la cámara anterior asociado a un aumento súbito de la presión intraocular (PIO), durante la cirugía de facoemulsificación, sin presencia de hemorragia coroidea. Las modernas técnicas de microincisión favorecen que este síndrome no evolucione a hemorragia expulsiva, como podría ocurrir en el pasado con la cirugía extracapsular.

*Técnica quirúrgica (caso clínico):* Mujer de 65 años a la que hacía una semana se la intentó realizar cirugía de catarata del ojo izquierdo resultando imposible debido a la aparición de un «Acute Intraoperative Rock-Hard Eye Syndrome». Se decide, por tanto, practicar Vitrectomía Pars Plana (VPP) 23G más facoemulsificación. En primer lugar, introducimos los trócares y hacemos una amplia VPP anterior para romper la hialoides anterior y disminuir así la presión posterior. Una vez que comprobamos que la presión ha descendido, comenzamos con la facoemulsificación, la cual ha de realizarse con mucha cautela debido a las dificultades de introducir el instrumental en un ojo con una hernia de iris incoercible y en el que la cápsula posterior se encuentra anteriorizada. No hubo complicaciones intraoperatorias, la lente intraocular quedó alojada en un saco capsular íntegro y sin restos de masas corticales. El iris resultó algo deflecado en el área subincisional debido a la hernia recurrente sufrida durante toda la intervención.

*Conclusión:* La VPP 23G hizo posible la realización de la facoemulsificación, la cual no se pudo llevar a cabo con la técnica habitual debido a la gran presión a la que estaba sometida el ojo. La planificación preoperatoria en estos casos es fundamental.

CC88

## USO DE LA TÉCNICA DE CHANDLER EN MISDIRECTION/GLAUCOMA MALIGNO: SALVANDO LA AMAUROSIS

SAN ROMÁN LLORENS José Javier, CORREDERA SALINERO Esther, GUTIÉRREZ MONTERO Óscar, TOLEDANO FERNÁNDEZ Nicolás

*Introducción:* La técnica de Chandler fue descrita por el mismo autor que cede su nombre en 1968. Consiste en una aspiración del humor acuoso acumulado en la parte central del vítreo más anterior mediante una aguja de 25° vía pars plana a 3.5mm del limbo con el fin de crear una nueva vía de comunicación al exterior del humor acuoso que se encuentra secuestrado en el vítreo.

*Técnica quirúrgica:* Presentamos mediante un caso clínico las controversias acerca de las distintas técnicas quirúrgicas utilizadas con el fin de evitar el glaucoma maligno vs «aqueous misdirection» perioperatorio. Acude a nuestro servicio de urgencias una paciente con intenso dolor y disminución de la agudeza visual diagnosticándose de glaucoma agudo. Se decide tratamiento médico hipotensor intensivo e iridotomías mediante láser YAG sin buenos resultados por lo que se procede a intervenir quirúrgicamente. Realizamos una infusión de manitol al 20% presentando una presión intraocular de 30 mmHg en el momento de la intervención. Los primeros pasos de la facoemulsificación dan como resultado un mayor aplanamiento de la cámara anterior, edema corneal y aumento de la presión intraocular por lo que se procede a la realización de emergencia de la maniobra de Chandler, normalizándose las proporciones del segmento anterior pudiendo realizar así una facoemulsificación reglada sin complicaciones.

*Conclusiones:* El manejo y la exploración preoperatoria resultan clave a la hora de prevenir potenciales complicaciones. El tratamiento médico mediante la deshidratación del vítreo en ocasiones no es suficiente y debemos recurrir a procedimientos quirúrgicos para poder llevar a cabo la facoemulsificación. El presente caso nos sirve para ilustrar que en situaciones de emergencia donde no disponemos de material ni personal cualificado para realizar la vitrectomía, la realización de la maniobra de Chandler puede resolver una situación de potencial amaurosis secundaria a un glaucoma maligno/misdirection.