



VÍDEOS

V1

IMPLANTE EN SULCUS DE LENTE INTRAOCULAR SUTURADA A IRIS ARTIFICIAL

BLÁZQUEZ GARCÍA José Ignacio, FERNÁNDEZ-VEGA SANZ Álvaro, VILLOTA DELEU Eva

Introducción: En pacientes con afaquia quirúrgica y ausencia de iris o midriasis paralítica donde sea imposible la realización de una sutura, es posible el implante de iris artificial al cual se le sutura una lente intraocular para reconstruir la estructura anatómica y funcional del ojo afectado.

Técnica quirúrgica: El video muestra como a un paciente con midriasis paralítica marcada y ausencia de cristalino tras un traumatismo, se le implanta un iris artificial de color marrón de la casa Human Optics, al cual se le sutura una lente intraocular Acrysopt (Alcon), y todo el complejo es fijado con un punto nasal y otro temporal de Prolene 10/0 a sulcus, bajo dos lamelas esclerales.

Conclusión: El iris artificial de la casa Human Optics permite una perfecta reconstrucción anatómica de la ausencia de iris, al cual se le puede añadir una lente intraocular en caso de ausencia de cristalino.

V2

FIJACIÓN DE LENTES DE 3 PIEZAS A TRAVÉS DE TÚNELES ESCLERALES EN AFAQUIA POSTQUIRÚRGICA

CASAS FERNÁNDEZ Álvaro de, ELVIRA CRUAÑES Juan Carlos, ABENZA BAEZA Salomé

Introducción: Presentamos la técnica de fijación escleral de lentes de 3 piezas a través de túneles esclerales en pacientes con insuficiente soporte capsular; se puede realizar tanto en situaciones de luxación vítrea de este tipo de lente como en forma de implante secundario en afaquia postquirúrgica.

Técnica quirúrgica: Tras la realización de una vitrectomía pars plana (vpp) 23g, se procede al implante de la lente a través de incisión corneal de 3mm o al reflatamiento de la lente a cámara anterior en casos de luxación vítrea de la lente. Posteriormente se realizan dos esclerotomías 23g superior e inferior separadas 180° por donde se extraen los hápticos de la lente con la pinza scharioth de fijación escleral de dorc; con la lanceta 23g se tallan 2 túneles esclerales próximos a las esclerotomías por donde se introducen los hápticos. Tras ello se realiza un sutura de las esclerotomías en caso de ser necesario.

Conclusión: Tras un período de seguimiento comprendido entre 6 y 24 meses, esta técnica presenta resultados clínicos y refractivos satisfactorios con un óptimo centrado de la lente y un bajo porcentaje de complicaciones postquirúrgicas.

V3

FACOEMULSIFICACIÓN DE CATARATA BLANCA CON PSEUDOEXFOLIACIÓN Y MIDRIASIS DÉBIL: UN DESAFÍO QUIRÚRGICO

FERREIRA CANASTRO Mário, LEAL Inês, AMORIM Ricardo

La técnica quirúrgica utilizada para la facoemulsificación de una catarata blanca maduro, pseudoexfoliativa y con midriasis débil. Descripción de la técnica quirúrgica utilizada e cuidados intra y post -operatorios para el tratamiento de la catarata madura blanca con midriasis débil y pseudoexfoliacion, utilizando colorante azul de tripano y el anillo Malugyin. La quirugía de cataratas densas con pseudoexfoliación es desafiante, pero se puede completar con bastante seguridad utilizando las técnicas correctas.

V4

AUSENCIA DE CAPSULORREXIS EN CIRUGÍA DE CATARATA ASISTIDA POR LÁSER DE FEMTOSEGUNDO

GARCÍA GONZÁLEZ Montserrat, MERINO HIJOSA M.^a José, BLÁZQUEZ SÁNCHEZ Vanesa, GROS OTERO Juan

Introducción: El láser de femtosegundo facilita la correcta realización de las incisiones corneales la capsulorrexis y la fragmentación del núcleo en la cirugía de catarata.

Técnica quirúrgica: Durante la realización del láser de femtosegundo, por fallo técnico no se realizó el paso de la capsulorrexis, pero sí la fragmentación parcial del núcleo. Para poder hacer una capsulorrexis controlada, se tiñó la cápsula con colorante y se procedió a la aspiración de las burbujas de aire situadas bajo la cápsula anterior, para evitar un estallido de la misma. Una vez eliminada la hiperpresión intrasacular, se procedió a la realización de la capsulorrexis y del resto de la cirugía, sin complicaciones.

Conclusión: En situaciones de hiperpresión intrasacular, la maniobra de aspiración disminuye significativamente el riesgo de estallido capsular (signo de la bandera argentina).

V5

CIRUGÍA DE CATARATA N5 ASISTIDA POR LÁSER DE FEMTOSEGUNDO

HERNÁNDEZ MARTÍNEZ Adrián

Introducción: Paciente con catarata N5 secundaria a uveítis. Presenta facodonesis que evidencia debilidad zonular y escasa midriasis farmacológica.

Técnica quirúrgica: Se realiza cirugía de catarata mediante facoemulsificación asistida por láser de femtosegundo. Es necesario repetir el escáner por la dificultad en la detección de la cápsula posterior debido a la alta dureza de la catarata. Dada la irregularidad de la pupila por sinequias del iris, el centrado de la capsulorrexis hay que centrarlo en pupila y no en cápsula. Se realiza capsulorrexis, corte del núcleo en sextantes y debilitamiento del mismo con el láser femtosegundo. Posteriormente se procede a la facoemulsificación de la catarata. Se separan los fragmentos previamente cortados salvo en su porción posterior, unidos por la típica placa posterior dura y elástica muy difícil de romper habitual en las cataratas hiper maduras. El reblandecimiento del núcleo permite iniciar la facoemulsificación de fragmentos sin fracturar completamente hasta que se accede a la placa posterior y se consigue romper, lo cuál hubiese sido más difícil sin dicho reblandecimiento. Por último se implanta anillo de tensión capsular y lente monofocal endosacular.

Conclusión: El corte y reblandecimiento del núcleo mediante el láser de femtosegundo permite realizar la cirugía de catarata hiper madura con menor manipulación, muy importante sobretodo en casos de debilidad zonular.

V6

CIRUGÍA DE CATARATAS EN LENTICONO ANTERIOR: DIFICULTADES QUIRÚRGICAS

MACARRO MERINO Ana, FERNÁNDEZ-VIGO ESCRIBANO José, ALMORÍN FERNÁNDEZ-VIGO Ignacio, FERNÁNDEZ-VIGO ESCRIBANO Cristina

Introducción: presentamos el tratamiento quirúrgico de un paciente con lenticono anterior bilateral. El lenticono anterior es la afectación ocular patognomónica del síndrome de Alport y consiste en una protrusión anterior del cristalino por alteración de la cápsula anterior. Se trata de una enfermedad genética que afecta al colágeno y produce alteraciones de las membranas basales principalmente a nivel renal, ótico y ocular. Lo que hace peculiar a esta cirugía es la dificultad de realización de la capsulorrexis.

Técnica quirúrgica: En el lenticono anterior la cápsula anterior del cristalino es histológicamente patológica, lo cual hace que su elasticidad esté alterada y sea difícil realizar una capsulorrexis continua central. Esta debe hacerse externa a la zona del lenticono. Presentamos la cirugía de los dos ojos del paciente. Se realiza extracción del cristalino en ambos ojos en días diferentes mediante facoemulsificación e implante de lente intraocular. Para tener mejor visualización de la cápsula anterior y con el fin de modificar la elasticidad de la misma, se inyecta azul tripán en cámara anterior. En el primero realizamos una capsulorrexis grande y discontinua que se perdió y hubo que reiniciarla en sentido contrario. Por ello en el segundo ojo se realiza una capsulorrexis muy pequeña y como consecuencia se produce un desgarro de la misma durante la hidrodisección. En ambos ojos se pudo implantar una lente en saco capsular con buen resultado anatómico y funcional.

Conclusiones: la extracción del cristalino mediante facoemulsificación e implante de lente intraocular es una técnica eficaz para el tratamiento del lenticono anterior, pero para que la técnica sea segura, debemos tener presente que la realización de la capsulorrexis anterior es un paso clave dentro de la cirugía.

COMPLICACIONES CON LAS LENTES INTRAOCULARES TIPO BARRETT

MAROTO RODRÍGUEZ Borja, CORREDERA SALINERO Esther, PUY GALLEGO Pilar, RUIZ AIMITUMA Fredy

Introducción: Las lentes tipo Barrett monobloque con hápticos (de material acrílico) provocan muchas complicaciones por la contracción del saco capsular. Esta contracción desplaza la lente intraocular (LIO) y provoca subluxaciones de la óptica, hápticos o desplazamientos de la lente en el eje visual. Presentamos dos casos con dichas lentes que acuden por molestias visuales de diplopía. Obliga a intervenir y reemplazar esa lente por otra.

Técnica quirúrgica: En algunos casos si la cápsula posterior y el saco no han sido tratados con YAG, es posible retirar la lente y reemplazarla por otra que va en el saco capsular (caso 1). A veces se necesitan descargas de cápsula anterior como en el caso que presentamos. Sería la situación ideal porque el paciente tiene recuperación visual más aceptable y aproximada a la situación inicial prevista. Pero en el caso 2 no ocurre dicha situación porque la paciente ha sido tratada con capsulotomía YAG y acude con disminución de visión y diplopía monocular. En este paciente se intenta retirar la LIO tipo Barrett pero no se consigue conservar los restos del saco capsular por la capsulotomía y la gran cantidad de adherencias de los hápticos a los restos capsulares, con lo cual es preciso realizar una vitrectomía anterior y mediante ampliación de la incisión introducir una LIO en cámara anterior tipo Artisan. Finaliza la cirugía con una sutura de cuatro puntos sueltos en la cornea. El resultado inicial no va a ser como en el caso 1 debido a que la incisión es mayor y provoca astigmatismo.

Conclusión: Se han detectado numerosos casos en estos últimos años con este tipo de lentes que han requerido explante con independencia del tamaño de la rexis y el aparato de Facoemulsificación utilizado. Nos preguntamos si sería necesario reevaluar algún cambio en la fabricación de estos implantes realizados por la casa comercial.

V8

CIRUGÍA INTELIGENTE EN QUERATOTOMÍA RADIAL

MERINO HIJOSA M.^a José, BLÁZQUEZ SÁNCHEZ Vanesa, ÁLVAREZ-REMENTERÍA FERNÁNDEZ Laureano, GARCÍA GONZÁLEZ Montserrat

Introducción: Presentamos a un paciente intervenido de queratotomía radial con veinte cortes corneales, en el que se practica la cirugía de cataratas asistida con laser de femtosegundo.

Técnica quirúrgica: Se ajusta la técnica quirúrgica con laser de femtosegundo desactivando la realización de las incisiones para evitar la apertura de los cortes preexistentes en la córnea. A pesar de los veinte cortes corneales radiales se realiza una correcta capsulorrexis circular, continua y la fragmentación del núcleo asistido por el laser de femtosegundo. Se procede a continuar la cirugía de catarata con la técnica bimanual realizando incisiones manuales de 1mm para mayor seguridad de todo el proceso. Se realiza facoemulsificación e implante de lente intraocular tórica en el eje correcto mediante un sistema guiado por imagen (Verion).

Conclusión: En la cirugía de catarata en pacientes con queratotomía radial nos ayuda y nos da eficacia y seguridad la técnica con laser de Femtosegundo.

V9

NANOFTALMOS A PROPÓSITO DE UN GRAN CASO

MUÑOZ TOMÁS José Joaquín, TAÑÁ RIVERO Pedro, ARTIAGA ELORDI Enrique, RODRÍGUEZ PRATS José Luis

La cirugía de la catarata en ojos anormalmente pequeños en ausencia de otras patologías (nanofthalmos) se convierte, a veces en un reto. Con el advenimiento de las nuevas tecnologías en la emulsificación de la catarata mediante energía laser de femtosegundos podemos conseguir mejorar el abordaje, la técnica y, en resumen nuestros resultados finales. Se va describiendo paso a paso como tratamos este caso especial y el resultado final obtenido.

V10

SUBLUXACIÓN DE LENTE INTRAOCULAR Y SUTURA A SULCUS

PACO MATAALLANA Maravillas de, CAÑIZARES BAOS Belén, MARÍN SÁNCHEZ José M.^a

Introducción: La subluxación del complejo saco capsular-lente intraocular (LIO) es una complicación poco común que se produce por una debilidad zonular progresiva y que aparece años después de una cirugía de catarata sin incidencias. Es esperable que dicha complicación aumente su incidencia en los próximos años dado el incremento de pacientes pseudofáquicos y de la esperanza de vida de la población. La fijación transescleral supone una opción quirúrgica que evita grandes incisiones limbares, disminuyendo el traumatismo endotelial y astigmatismo postquirúrgico con buenos resultados de agudezas visuales finales.

Técnica quirúrgica: Paciente que presenta subluxación de LIO (Bausch- Akreos) tras 10 años de cirugía de catarata. 1. Peritomía superior con creación de tapete escleral. 2. Incisión corneal opuesta a la zona del tapete escleral. 3. Introducimos por la incisión corneal una aguja recta doble armada de Prolene 10/0. Con la otra mano y por el lado opuesto perforamos esclera con una aguja 25G, pasando por detrás de iris e introduciendo la misma a través de uno de los orificios del háptico de la lente subluxada. Esta aguja nos sirve de guía para sacar la aguja de Prolene enhebrada a través de esclera. 4. Repetimos la maniobra, esta vez pasando por el orificio del segundo háptico. Una vez extraídos los dos cabos de la sutura de Prolene, traccionamos de los mismos para que la LIO quede recolocada y se suturan entre sí. A continuación cortamos las agujas quedando el nudo dentro del bolsillo escleral. 5. Sutura escleral con Nylon 10/0. 6. Acetil colina en cámara anterior. 7. Sutura conjuntival con Vicryl 7/0.

Conclusiones: Aunque se trate de una técnica no exenta de complicaciones como hemorragias, extrusión ó rotura tardía de la sutura, evita la extracción y recambio de LIO con las complicaciones que supone dicha maniobra, consiguiendo buenos resultados de agudeza visual.

V11

CIRUGÍA DE CATARATA COMPLICADA «PATERNA»

RODRÍGUEZ MARTÍN Javier, ROCHA CABRERA Pedro, SÁNCHEZ-GIJÓN GONZÁLEZ-MORO Manuel, VELEZ OSPINA Juan

Introducción: Se presenta el caso de un varón de 68 años de edad con perforación ocular de ojo derecho 40 años antes que ocasionó catarata traumática periférica, iridectomía en sector, sinequias anteriores, astigmatismo cicatricial superior a 5 dp. Y dehiscencia zonular que ha desarrollado catarata nuclear que limita su visión a 0.1 con su mejor corrección. Además se da el hecho de ser el padre del cirujano.

Técnica quirúrgica: Se muestran los pasos efectuados comentando aquellas maniobras más críticas como son la capsulorrexia, la facoemulsificación, la inserción de anillo de tensión capsular, el implante de la LIO tórica calculada, la liberación de sinequias anteriores y la reconstrucción iridia-na. El proceso no está exento de imprevistos comentándose su resolución.

Conclusión: La AV corregida (-0.75 esf.) con 12 meses de evolución es de 0.8 (S), con mejoría de la fotofobia preexistente gracias a la neopupila creada. Con un adecuado estudio prequirúrgico se puede conseguir un resultado optimizado de un caso a priori complejo teniendo en cuenta que más que nunca puede estar sometido a la conocida posibilidad del «síndrome del recomendado».

V12

BIG, BIG, BIG

TAÑÁ RIVERO Pedro, RUIZ MESA Ramón, MUÑOZ TOMÁS José Joaquín, TELLO ELORDI Cristina

El advenimiento de las nuevas tecnologías en el tratamiento de la cirugía de catarata permite y permitirá el abordaje de ojos cada vez más complicados. Con el uso del láser femtosegundos trataremos casos límites en los que las características de los ojos a abordar (nanofthalmos) hacen que sea casi imposible de realizar algunas maniobras que se ven facilitadas por el uso de este laser. Los casos se van complicando y las soluciones a las dificultades se van mostrando en el video.

V13

ÉRASE UNA VEZ UN FLAP

CIGALES JIROUT Melania, HOYOS CHACÓN Jairo, HOYOS CAMPILLO Jairo, IRADIER URRUTIA M.^a Teresa

Introducción: El flap corneal se inicia en los años noventa como evolución del disco completo que se resecaba en la queratomileusis «in situ». Cuando a mediados de los 90 se inicia el LASIK, el flap evoluciona apareciendo nuevos microqueratomos para crear no solo flap nasales, también superiores y de diferentes diámetros. Con el siglo XXI llegó el laser femtosegundo para crear el flap con láser.

Técnica quirúrgica: Mostramos la técnica de queratomileusis «in situ» de finales de los 80, cortando un disco completo, resecaando un lentículo con el microqueratomo y suturando el disco en su lecho. La sutura se eliminó unos años después, utilizando aire para favorecer la adherencia del disco. Y finalmente llegó la técnica del flap que evitaba que el disco se perdiera cuando se dislocaba. Mostramos técnicas de flap nasal y superior. Se evolucionó de la queratomileusis al LASIK a mediados de los 90, sustituyendo la resección del lentículo por la ablación con el excimer láser. Mostramos las primeras técnicas de LASIK y su evolución con flap más grandes para poder trabajar en hipermetropía, hasta llegar a la actualidad realizando un flap a medida con el láser femtosegundo.

Conclusión: En los últimas 3 décadas el flap corneal ha evolucionado paralelo a la tecnología y sigue vigente en la cirugía refractiva lamelar.

V14

CIRUGÍA REFRACTIVA CON ICL EN PACIENTE CON QUERATOCONO TRATADO CON SEGMENTOS INTRAESTROMALES

GARCÍA PÉREZ Jorge Luis, SÁNCHEZ SÁNCHEZ Carmen

Introducción: Presentamos el caso de un paciente con queratocono y agudeza visual mejor corregida (AVmc) de 0,4 en ojo derecho al que se le interviene con un segmento intraestromal para modificar la biodinámica corneal y mejorar la AVmc. Se obtiene una mejoría de la misma hasta AVmc de 0,9. Sin embargo el paciente desea mejorar su visión espontánea, por lo que se propone, una vez que se ha comprobado la idoneidad del ojo del paciente, cirugía refractiva mediante ICL tórica, para corregir el defecto refractivo completo. Se consiguió una AV espontánea postquirúrgica de 0,9 con alta calidad visual y sin incidencias de interés en el seguimiento.

Técnica quirúrgica: El primer paso de la cirugía es el cargado correcto y meticuloso de la ICL en su inyector para evitar alteraciones en la lente. Se realiza posteriormente la paracentesis de ayuda inferior, la introducción de viscoelástico en cámara anterior y la incisión principal en el eje horizontal temporal. Se inyecta la ICL en cámara anterior, recolocándola en un segundo tiempo con un manipulador quirúrgico en plano retroiridiano girándola hasta colocarla en el eje preciso (9º) para corregir el defecto refractivo total. Se comprueba mediante el sistema Verion™ que el eje al que se encuentra es efectivamente el buscado. El siguiente paso es la limpieza del viscoelástico con el sistema de irrigación-aspiración, introducción de cefuroxima intracameral (0,1ml) y cierre de las incisiones. Es necesario confirmar antes de acabar la cirugía que el eje de la lente se mantenga bien alineado a pesar de las maniobras realizadas y si es necesario recolocarla.

Conclusiones: La realización de cirugía refractiva en pacientes con queratocono supone un reto importante para cualquier cirujano, sin embargo, como se evidencia en este caso, una vez estabilizado el defecto mediante segmentos intraestromales, la implantación de una ICL es una opción óptima para conseguir muy buenos resultados visuales.

V15

TRATAMIENTO DE «SORPRESA REFRACTIVA» DE FACO POST-LASIK

HOYOS CHACÓN Jairo, CIGALES JIROUT Melania, HOYOS CAMPILLO Jairo

Introducción: El cálculo de la lente intraocular después de una cirugía refractiva corneal sigue siendo un reto en la cirugía de la catarata. Los pacientes intervenidos de refractiva suelen aceptar peor las sorpresas refractivas, porque les obliga a volver a las gafas. Las posibles alternativas para los pacientes insatisfechos son: el recambio de la lente, colocar otra lente en piggy-back o realizar un retoque de su cirugía refractiva previa.

Técnica quirúrgica: Presentamos un paciente miope alto (-10 dioptrías) con antecedente de LASIK 13 años antes, que fue intervenido de catarata en otro centro, resultando con un defecto refractivo de -4.5 dioptrías. El paciente acude solicitando una solución de su defecto residual, después de 1 año de su última cirugía y con capsulotomía posterior. Su topografía Pentacam no muestra patologías en la elevación anterior y posterior, y en el mapa paquimétrico el punto corneal más fino es de 491 micras. Decidimos levantar el flap y retratar el defecto residual con láser. No presentó dificultades ni complicaciones postoperatorias y el resultado fue la emetropía que mantiene 3 años después.

Conclusión: Levantar el flap y retratar es una alternativa sencilla y eficaz cuando tenemos una sorpresa refractiva después de una cirugía de catarata en una paciente operado previamente de LASIK, siempre que no sobrepasemos los límites de seguridad de la córnea.

V16

CUANTIFICACIÓN DE LA DISTORSIÓN LUMINOSA EN EL CONTEXTO DE LA CIRUGÍA OCULAR IMPLANTO-REFRACTIVA

SALGADO-BORGES José, FERREIRA-NEVES Helena, PEIXOTO DE MATOS Sofía, GONZÁLEZ-MEIJOME José

Introducción: El objetivo de este video es presentar una técnica y dispositivo experimental para la evaluación de la calidad de visión de pacientes pseudofáquicos con lentes intra-oculares en condiciones de baja iluminación, centrado en la cuantificación de fenómenos de halos, starburst o glare.

Técnica: El dispositivo de medida consistía en un panel de LEDs periférico dispuestos radialmente alrededor de un LED central de mayores dimensiones que actúa como fuente de distorsión luminosa. Se pretende determinar el tamaño (%) y la forma (parámetros de irregularidad) de la zona alrededor de esa fuente de luz que en la cual no son visibles los LEDs periféricos que se iluminan aleatoriamente. Se demuestra la utilidad clínica del dispositivo presentado ejemplos de comparación entre la distorsión medida y la representada por el paciente con recurso a ejemplos generados por computador. También se muestra una demostración de la sensibilidad de la medida a pequeñas variaciones de desenfoque e introducción de aberración esférica. Por último se presentan datos de medida de la distorsión luminosa en pacientes con catarata, presbicia y pacientes operados con implante de lentes intraoculares monofocales, bifocales, trifocales y acomodativas.

Conclusión: La medida de la distorsión luminosa se muestra una técnica sensible a pequeños cambios de desenfoque esférico, astigmático y aberración esférica. Se muestra un proceso repetible y muestra diferencias estadísticamente significativas entre lentes multifocales con diferentes características ópticas de diseño.

V17

CIRUGÍA COMBINADA FACO-XEN DESDE UN ACCESO TEMPORAL Y DOS ÚNICAS INCISIONES

CERDÁ IBÁÑEZ Marta, PÉREZ TORREGROSA Vicente Tomás, OLATE PÉREZ Álvaro, GARGALLO BENEDICTO Amparo

Introducción: Describimos nuestra manera habitual de realizar la cirugía combinada de facoemulsificación, LIO e implante de dispositivo de drenaje ab-interno XEN mediante acceso temporal y dos únicas incisiones. Cada vez se tiende más a las técnicas microinvasivas del glaucoma que podrían ser igual de eficaces que las técnicas tradicionales en casos seleccionados. El dispositivo XEN es un tubo de colágeno, no valvulado, de 45 micras de lumen, 6 mm de largo y 150 micras de grosor que se implanta para facilitar la salida del humor acuoso hacia el espacio subconjuntival.

Técnica quirúrgica: Inyectamos 0,1 ml de mitomicina al 0,01%, 15 minutos antes del implante del Xen. Mediante acceso temporal realizamos una facoemulsificación convencional a través de una incisión principal y una paracentesis de servicio. Tras finalizar la faco, marcamos unos puntos de referencia a 3 mm del limbo a las 12 horas y nasal superior: que es la zona en la que queremos situar el implante. El inyector entra por el lado opuesto al lugar de la implantación. Introducimos la aguja y la clavamos en el ángulo para realizar un trayecto intra-escleral de 3 mm. Hacemos contra-presión con un gancho de Vera. Sacamos la aguja subconjuntival. Cuando se vea todo el bisel, lo rotamos 90°. Liberamos el implante. Sacamos la aguja. Comprobamos el trayecto subconjuntival. Aspiramos el viscoelástico. Se comprueba con gonioscopia la adecuada implantación del Xen en el ángulo. Hidratamos las incisiones y se comprueba que se ha formado la ampolla por filtración del suero hacia el espacio subconjuntival.

Conclusión: La cirugía combinada mediante facoemulsificación, LIO e implante de drenaje Xen es una técnica sencilla, que ahorra tiempo quirúrgico y efectiva en glaucomas seleccionados (leves-moderados). Mediante un acceso temporal y dos únicas incisiones el trauma quirúrgico es mínimo, las posibles complicaciones muy escasas y el post-operatorio muy similar a como si sólo se hubiera operado de catarata.

V18

FACO EXPRESS CON LENTE INTRAOCULAR TÓRICA ASISTIDA POR CALLISTO

FERNÁNDEZ GARCÍA Aitor, POYALES VILLAMOR Blanca, PÉREZ IZQUIERDO Ricardo,
CARABALLO GARCÍA Verónica

Introducción: Presentamos un vídeo de un paciente con glaucoma pseudoexfoliativo, catarata y un astigmatismo corneal elevado.

Técnica quirúrgica: Comentamos paso a paso la intervención en la cual se realiza un marcado de las incisiones gracias a la plataforma Callisto, facoemulsificación, introducción y colocación de la lente intraocular tórica asistida, colocación del implante Express P50 e implante de colágeno Ologen.

Conclusión: La plataforma Cataract Suite Markerless - Callisto es de gran ayuda para la correcta localización de las incisiones y del eje de toricidad de la lente, en pacientes en los cuales se realiza una cirugía combinada (glaucoma-catarata) con anestesia peribulbar.

V19

CANALOPLASTIA LOW COST

GONZÁLEZ RODRÍGUEZ Manuel Javier, GÜERRIERO BARRIOS Carlos, PORTAS FERRADAS Alba Mariña, ÁLVAREZ-NOVOA RODRÍGUEZ-CADARSO Andrea

Introducción: Se dice que la canalización del Schlemm es una técnica cara y difícil. Tras una serie de casos realizados con la sonda Glaucolight, por circunstancias de tipo burocrático, nos encontramos con que teníamos programadas tres cirugías, y no contábamos con más dispositivos.

Técnica quirúrgica: Una vez realizado el tallado de la ventana trabeculodescemética, introducimos en el canal un fragmento de prolene de 5/0 procedente de la parte curva de la bobina, y al que previamente hemos modificado la punta mediante calor, para hacerla atraumática. Guiándonos exclusivamente por el tacto, hacemos progresar la sutura, hasta que conseguimos que asome por el osmium contralateral. A continuación, atamos una hebra de hilo de prolene de 10/0, pero en lugar de hacerlo en el extremo, lo hacemos por detrás, y seguimos introduciendo el tutor hasta hacer salir el nudo, tras haber dado toda la vuelta al canal. El motivo de hacerlo así es evitar lesiones del trabeculum por las aristas que se forman en la punta del prolene. A continuación, liberamos la sutura del 10/0 del tutor y procedemos como en una canaloplastia reglada.

Conclusiones: La canalización del Schlemm puede hacerse con materiales sencillos, aunque no nos proporcionen las prestaciones de los dispositivos comerciales, que suponen ventajas indudables. La intención de la presentación de este video es desmitificar esa creencia de carestía y dificultad, y animar a otros cirujanos a iniciarse en la técnica.

V20

CANALOGRAFÍA FLUORESCÉINICA

GÜERRIERO BARRIOS Carlos, GONZÁLEZ RODRÍGUEZ Manuel Javier, PORTAS FERRADAS Alba Mariña, ÁLVAREZ-NOVOA RODRÍGUEZ-CADARSO Andrea

Introducción: La canaloplastia es una técnica quirúrgica no perforante que busca restituir en su totalidad el sistema de drenaje acuoso del ojo. A diferencia de otras técnicas convencionales, busca no tener que depender de una ampolla de filtración, pero su correcto funcionamiento está condicionado por la existencia de unas vías colectoras distales saludables. Algunos autores han descrito maniobras para explorar este tramo del sistema de drenaje, que pronostican el grado de éxito quirúrgico. Una de estas maniobras es la canalografía fluoresceínica.

Técnica quirúrgica: Una vez que hemos creado el acceso al canal de Schlemm, introducimos el catéter iTrack que hemos rellenado previamente con una solución de fluoresceína. Mediante la introducción de pequeñas cantidades de esta solución podemos estudiar el relleno de los colectores y las venas episclerales de los cuadrantes inferiores, no accesibles por otro medio.

Conclusiones: La canalografía fluoresceínica es una técnica exploratoria de la porción distal del sistema de drenaje acuoso del globo ocular. Permite establecer un pronóstico funcional de la cirugía, y, en los cuadrantes inferiores, los más importantes por la cantidad de colectores, sólo se puede realizar utilizando el catéter iTrack, ya que dispone de un lumen a través del cual podemos introducir fluidos dentro del canal.

V21

MANIOBRA QUIRÚRGICA PARA LA FACILITACIÓN DE IMPLANTACIÓN DEL TUBO DE LA VÁLVULA DE AHMED, A NIVEL RETROIRIDIANO, A TRAVÉS DEL SURCO CILIAR

HERVÁS HERRANDIS José Miguel, CERDÁ IBÁÑEZ Marta, DÍAZ CÉSPEDES Ricardo, ESPARZA CASULLAS Luís

Introducción: Describir los pasos de una técnica quirúrgica, que facilita la implantación del tubo de la válvula de Ahmed a través del surco ciliar.

Técnica quirúrgica: El tubo de drenaje de la válvula, puede implantarse en cámara anterior, posterior o vítreo. La primera puede causar descompensación corneal así como lesiones en iris y ángulo camerular. La última se hace generalmente en pacientes con previa vitrectomía, con amplia resección de la base del vítreo. Se describe una técnica quirúrgica consistente en el paso de una aguja desde el limbo opuesto al área de implantación, avance por detrás del iris, y salida en limbo para tutorización del tubo de drenaje.

Conclusión: La implantación del tubo de Válvula de Ahmed a través del surco ciliar está especialmente indicado en pacientes afáquicos o psedofáquicos, con cámara anterior estrecha o ángulos ampliamente sinequiados, cornea guttata, trasplantes de cornea o edema corneal. La implantación a este nivel reduce efectivamente la presión intraocular, además que disminuye las posibles complicaciones de su inserción en cámara anterior y evita la necesidad de vitrectomía vía pars plana cuando se implanta en polo posterior. En muchos de los casos resulta una cirugía técnicamente difícil. El surco ciliar presenta una mayor vascularización en comparación con el ángulo camerular, así, complicaciones como hiphema postquirúrgico, secundario a la implantación del tubo a través del surco ciliar no son infrecuentes. La maniobra que describimos, facilita dicha implantación y disminuye el riesgo de posibles complicaciones asociadas.

V22

CIRUGÍA COMBINADA FACO-XEN: EXPLANTE Y REIMPLANTE DEL DISPOSITIVO

OSORIO ALAYO Vanesa Roxana, PÉREZ TORREGROSA Vicente Tomás, GARGALLO BENEDICTO Amparo, OLATE PÉREZ Álvaro Andrés

Introducción: El dispositivo XEN es un tubo de colágeno de 6mm de largo y 150µm de grosor que antes de la implantación está duro y tras ella se hidrata y ablanda para amoldarse al tejido. Describimos una complicación de la cirugía combinada FACO-XEN tras el implante: un trayecto largo (>2mm) del XEN en cámara anterior (CA); que se resuelve con su explante, recarga rápida en su inyector y reimplante.

Técnica quirúrgica: Marcamos a 5mm del limbo superior e inyectamos 0,1ml de Mitomicina C al 0,01% subconjuntival (SC), 15 minutos antes de implantar el dispositivo; deslizándola con una hemosteta al área nasal superior donde se implantará el XEN. Mediante acceso temporal y dos incisiones realizamos la facoemulsificación e introducción de la lente. Instilamos acetilcolina y colocamos viscoelástico denso en CA. Marcamos a 3mm del limbo nasal superior. Introducimos el inyector por la incisión temporal inferior haciendo contrapresión con un gancho de Vera; clavamos la aguja en el ángulo hasta observar su salida a 3mm del limbo en el espacio SC, rotamos el bisel 90° y liberamos el XEN. Al retirar el inyector se observa un trayecto largo del XEN en CA que no se puede recolocar vía conjuntival por lo que se extrae con pinza de Utrata. Corroboramos su integridad y con celeridad lo introducimos en su inyector, evitando que pierda consistencia. Repetimos los pasos previos para conseguir una nueva implantación. Comprobamos tanto la correcta posición SC del XEN como con gonioscopia en el ángulo. Aspiramos el viscoelástico. Hidratamos los bordes de las incisiones y comprobamos una adecuada ampolla de filtración. Se introduce Cefuroxima en CA y corticoide subtenoniano.

Conclusión: La cirugía combinada FACO-XEN es una técnica efectiva. Ante trayectos largos del XEN en CA que no se puedan recolocar vía conjuntival, se recomienda extraer el implante a través de la incisión principal, cargarlo pronto en su inyector para evitar que pierda consistencia e implantarlo nuevamente en el ángulo.

V23

PASOS QUIRÚRGICOS EN LA EPNP CON ESPOLONECTOMÍA

PASCUAL CAMPS Isabel, VILA ARTEAGA Jorge, PAINEL SEGUER Andrés, CISNEROS LANUZA Ángel

Introducción: La esclerectomía profunda no perforante es una técnica quirúrgica en el tratamiento del glaucoma que potencia la salida de humor acuoso al espacio esclero-subconjuntival de manera controlada por la integridad de la membrana trabeculodescemética. La vía de drenaje supracoroidea está presente, pero el porcentaje de filtración por esta vía no es tan importante como las otras dos. Con la espolonectomía y el implante de dispositivos a este nivel, buscamos abrir un espacio supracoroideo que facilite un mayor drenaje por esta vía.

Técnica quirúrgica: Comenzamos realizando una peritomía superior, cauterizando los puntos sangrantes del área de esclera expuesta. En segundo lugar, disecamos el tapete escleral superficial y el tapete escleral profundo, que se quita, quedando expuesta la membrana trabeculodescemética. Tras este paso, realizamos la excisión del suelo del canal de Schlemm. Posteriormente, procedemos a retirar el espolón escleral (espolonectomía). Después, aplicamos mitomicina y la dejamos actuar durante 1 minuto, realizando un lavado posterior. En este momento, procedemos al implante del dispositivo supracoroideo. Por último, suturamos el tapete escleral superficial y la conjuntiva suprayacente.

Conclusión: La espolonectomía difiere de la EPNP convencional en la retirada del espolón escleral para una mejor apertura del espacio supracoroideo. La implantación de dispositivos supracoroideos perpetúa la vía supracoroidea.

V24

RECUBRIMIENTO DE TUBO DE VÁLVULA DE AHMED EXPUESTO MEDIANTE ADHESIVO TISULAR BIOLÓGICO

RAMOS CASTRILLO Ana Isabel, CORDERO ROS Rosa, LANGA HONTORIA Rosa, LAVÍN DAPENA Cosme

Introducción: Una de las complicaciones tardías más frecuentes en la implantación de una Válvula de Ahmed es la exposición o extrusión del tubo valvular. Nuestro caso presenta, tras 3 semanas del implante valvular sin incidencias, una exposición del trayecto extraocular del tubo con seidel, en el contexto de pterigion temporal y una cicatrización conjuntivo-limbar intensa. Existieron 2 intentos fallidos de ocluir la fuga, mediante colocación de parches subconjuntivales de fascia lata o pericardio liofilizado y cierre conjuntival directo o adelantamiento de la conjuntiva sana, ambos con sutura convencional, la cual producía desgarros conjuntivales múltiples en nuestra paciente.

Técnica quirúrgica: Iniciamos disección conjuntivo-tenoniana con lidocaina y adrenalina subconjuntival y mecánicamente con desbridamiento de fibrosis. Mediante un adhesivo tisular biológico con base de fibrina, recubrimos el tubo expuesto con parche de esclera delaminado a la mitad, aposicionamos la conjuntiva, realizando suaves estiramientos y maniobras de planchado con espátula de Mermoud. Posteriormente se realiza un injerto conjuntival superior del otro ojo sobre el área expuesta y se recubre con membrana amniótica, ambos se pegan con adhesivo tisular y escasos puntos sueltos de seguridad para evitar desplazamientos en el postoperatorio inmediato.

Conclusiones: La exposición del tubo valvular es una complicación, en ocasiones, de difícil manejo. Se han probado diferentes técnicas, pero el cierre mediante adhesivo tisular biológico se presenta como una alternativa para evitar desgarros conjuntivales. Puede aplicarse con materiales biocompatibles como el colágeno, y al ser biodegradable también puede cubrirse con capas de tejido y prácticamente no produce inflamación. Además otorga la ventaja de disminuir el tiempo quirúrgico y con ello el riesgo de infección.

V25

MANIOBRA DE EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE LENTE INTRAOCULAR DE HIDROGEL H60M POR FENÓMENO DE GLISTENING

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

Introducción: Presentamos el caso de una paciente de 75 años, con antecedente de DM tipo 2, operada en el 2001 de Facoemulsificación + Lente Intraocular (LIO) en saco capsular Ojo Izquierdo (OI) sin complicaciones. La LIO fue una H60M plegable de hidrogel. La paciente logró una Agudeza Visual Mejor Corregida (AVMC) de 0.7. En el 2010 fue remitida nuevamente por disminución de la AVMC del OI, la cual fue de 0.3. A la exploración: se objetivó opacificación de la cápsula posterior y presencia de microvacuolas brillantes en la óptica de la LIO, conocido como fenómeno de Glistening. El polo posterior fue normal. Se realizó capsulotomía YAG (Cap. YAG) en OI, tras la cual la AV no mostró mejoría. Se decidió entonces explantar la LIO opacificada como veremos a continuación.

Técnica quirúrgica: 1)Bajo anestesia tópica se realiza paracentesis de ayuda en región temporal e incisión principal de 3.2 mm en región nasal. 2)Separación de la LIO de la cápsula anterior mediante técnica bimanual: disección con cistitomo e inyección simultánea de viscoelástico. 3)Descarga de rexis anterior con tijeras Vannas. 4)Rotamos la LIO en sentido horario apoyándonos en los hápticos hasta lograr su luxación a cámara anterior. 5)Ampliamos incisión corneal principal para extracción. 6)Extracción de LIO opacificada. 7)Se realiza vitrectomía anterior. 8)Implante de LIO ADAPT AO en surco ciliar. 9)Realizamos suturas corneales e instilamos acetilcolina en cámara anterior.

Conclusión: El tratamiento de elección en caso de LIO con fenómeno de Glistening y repercusión en la AV es la extracción quirúrgica. En nuestra paciente obtuvimos una AVMC de 0.6 tras el explante. La pericia, la paciencia quirúrgica y las variantes anatómicas tras la facoemulsificación cobran importancia a la hora de re-intervenir satisfactoriamente; barreras fibróticas que unen los labios de la capsula anterior a la LIO y el debilitamiento capsular posterior tras la Cap. YAG convierten nuestro procedimiento en un reto quirúrgico.

V26

CUERPO EXTRAÑO INTRACRISTALINIANO OCULTO, EXTRACCIÓN CON TÉCNICA DE FACOEMULSIFICACIÓN E IMPLANTE DELENTE INTRAOCULAR

ECHEVERRÍA PALACIOS Marta, ALISEDA PÉREZ DE MADRID Daniel, RODRÍGUEZ MARCO Nelson Arturo, ARRUTI VÁZQUEZ Natalia

Introducción: La perforación ocular por cuerpo extraño supone un reto para todo oftalmólogo que se enfrente al acto quirúrgico. Presentamos un paciente de 48 años con herida corneal auto-sellada, y enclavamiento del cuerpo extraño metálico en cristalino, visible sólo tras midriasis farmacológica. Se presenta la OCT de polo anterior y la tomografía axial computerizada orbitaria que demuestran la localización cristaliniana del mismo, la integridad corneal, y descartan afectación de otras estructuras oculares. Fue extraído con técnica de facoemulsificación e implante de lente intraocular (LIO) bajo anestesia retrobulbar.

Técnica quirúrgica: Se comienza con incisión en córnea clara. Se procede a la extracción del cuerpo extraño con pinza. Se realiza la capsulorrexis y la hidrodisección con rotación. Posteriormente se extrae el núcleo y epinúcleo mediante la técnica de facoemulsificación. Se procede a la irrigación con aspiración de restos corticales. A continuación se implanta la lente intraocular (LIO) en saco capsular. Finalizamos con sutura de incisión corneal con Nylon 10/0 e inyección de cefuroxima intracamerular 1mg/0.1ml.

Conclusión: Ante toda herida corneal por cuerpo extraño sin visualización del mismo, es básico la exploración completa incluyendo la midriasis farmacológica, como ocurrió con este paciente que venía remitido sin sospecha de perforación. Un buen y eficaz acto quirúrgico junto con la adecuada preparación (pruebas de imagen y cálculo de la LIO), pueden ser suficientes para un resultado final óptimo.

V27

CICLOPÉXIA DIRECTA POR CICLODIÁLISIS EN TRAUMATISMO. A PROPÓSITO DE UN CASO
FREYTAGS RODRÍGUEZ Angélica de, VILA ARTEAGA Jorge, TARRAGO Emilia, CISNEROS LANUZA Ángel,

La ciclodíálisis consiste en una desinserción del cuerpo ciliar en su inserción en el espolón escleral. Su etiología suele ser traumática o quirúrgica, a pesar de tratarse de una entidad relativamente infrecuente. Da lugar a hipotonía ocular que, en caso de ser mantenida, requiere reparación quirúrgica. Presentamos un caso clínico de ciclodíálisis que generó un cuadro de hipotonía ocular con afectación de la función visual en el que se indicó reparación quirúrgica mediante ciclopéxia directa. Para llevar a cabo dicha técnica quirúrgica se realiza un tapete escleral de espesor parcial adyacente a la zona de la desinserción. A continuación se comprueba la localización exacta de la lesión. Con una sutura prolene 7/0 con aguja curva se dan puntos sueltos tras esclerales fijando el cuerpo ciliar a su posición original. Se realiza sutura de conjuntiva y se reforma la cámara anterior con aire. La ciclopéxia directa es una técnica quirúrgica efectiva en el tratamiento de ciclodíálisis que no se resuelven de forma espontánea, con tratamiento médico o laserterapia. La protección de la sutura con el tapete escleral evita la exposición de los puntos sueltos haciendo más estable el resultado.

V28

CIRUGÍA COMBINADA DE QUERATOPLASTIA PENETRANTE Y ESCLERECTOMÍA PROFUNDA NO PERFORANTE EN PACIENTE CON QUERATITIS POR ENFERMEDAD DE CROHN

MARTÍN MELERO Óscar, PUERTO AMORÓS Nieves, GRANADOS CENTENO José Manuel, ARENAS MARTÍNEZ Victoria

Introducción: Presentamos el caso de un paciente varón de 46 años con queratopatía del ojo derecho de larga evolución asociada a enfermedad de Crohn, ha presentado varios cuadros inflamatorios corneales severos evolucionando a una descompensación endotelial y queratopatía bullosa. Ha precisado tratamiento corticoideo tópico y sistémico, e inmunosupresores tópicos como tacrolimus y sistémicos (adalimumab). El paciente es cortico respondedor presentando cuadros de hipertensión ocular asociados al tratamiento de los brotes, controlados con antihipertensivos tópicos, en ocasiones hasta 3 fármacos.

Técnica quirúrgica: Se realiza cirugía combinada de esclerectomía profunda no perforante (EPNP) con implante de Esnoper, y queratoplastia penetrante del ojo izquierdo con buena evolución postoperatoria y sin precisar tratamiento antihipertensivo.

Conclusiones: La cirugía combinada de queratoplastia y EPNP es útil para el control postoperatorio de la presión intraocular en pacientes con patología corneal e hipertensión ocular asociada, evitando la realización de cirugías independientes. También se disminuyen la instilación de medicación antihipertensiva tópica. En pacientes cortico respondedores permite controlar la presión intraocular a pesar del tratamiento corticoideo.

V29

IRIS ARTIFICIAL

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

Introducción: el video muestra la inserción de un iris artificial en un paciente de 48 años que sufrió un estallido ocular tras un traumatismo. Presentaba una agudeza visual de percepción luminosa e iridodiálisis superior, sin presencia de cuerpos extraños intraoculares. Se realizó una cirugía de urgencia para reestablecer la integridad del globo. Durante el seguimiento se apreció catarata traumática, hemovítreo, corectopia e iridodiálisis. Para mejorar la situación del paciente, se procedió con una nueva cirugía consistente en facoemulsificación y vitrectomía con inyección de silicona.

Técnica quirúrgica: finalmente se procedió a una tercera cirugía de reconstrucción con retirada de la silicona intraocular, pelado de membrana limitante interna y la inserción de una lente intraocular en sulcus y de un iris artificial previamente tallado y remodelado. El resultado fue una agudeza visual de 0.5 y la ausencia de fotofobia.

Conclusiones: el iris artificial es una Buena alternativa para mejorar la fotofobia y conseguir una mejor apariencia física.

V30

RECOLOCACIÓN DE QUERATOPRÓTESIS TIBIAL CON QUERATOPLASTIA TECTÓNICA

TEMPRANO ACEDO José

Propósito: Estudiar las posibilidades de que se mantenga sin expulsar una vez que ha empezado el proceso una queratoprotesis con auto injerto tibial anclándola con una nueva sutura y colocando encima una homocorneoescleroplastia tectónica.

Método: Separamos los restos de mucosa bucal. Realizamos en la parte ósea 4 perforaciones con fresa de 1 mm y a través de las mismas colocamos suturas con Prolene 5 ceros. Después superponemos un homo injerto de 15 mm con fenestración central de 3 mm y lo suturamos con puntos en U con Prolene 7 ceros quedando la queratoprotesis bien fija. Y finalmente superponemos los restos de mucosa y conjuntiva por encima.

Resultados: Nos permite la persistencia sin expulsión de la queratoprotesis aunque sea temporalmente y la viabilidad de la misma. Presentamos 2 casos.

Conclusiones: Es la única solución posible pues si no hacemos este procedimiento la queratoprotesis sería expulsada y se perdería el ojo.

V31

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL NISTAGMO INFANTIL IDIOPÁTICO MEDIANTE RETROINSERCIÓN MUSCULAR DE LOS RECTOS HORIZONTALES (TÉCNICA DE ANDERSON MODIFICADA)

ALFAYA MUÑOZ Laura Blanca, LÓPEZ-ROMERO MORALEDA Sonia, BARRAJÓN RODRÍGUEZ Ángela, RIVERA SALAZAR Jorge, VALDÉS GONZÁLEZ José Juan, GÁLVEZ MUÑOZ J., ZARCO TEJADA José Manuel

Introducción: El nistagmo infantil idiopático (NII) es un trastorno oculomotor caracterizado por oscilaciones bilaterales involuntarias del ojo que aparece al poco de nacer. En algunos casos aparecen bajas visiones, estrabismo y tortícolis. Describimos la técnica de Anderson modificada para mejorar el tortícolis a propósito de un caso clínico.

Técnica quirúrgica: Presentamos un caso clínico en un niño de 1 año con nistagmo congénito de tipo horizontal, con batido hacia la izquierda y aumento en levoversion, que le producía baja visión (agudeza visual en OD 0.3 (+1) y OI 0,4) y tortícolis cabeza hombro izquierda como posición compensadora. Presentaba endotropía leve de 3-4 dioptrías prismáticas en la mirada cercana. La biomicroscopía, el fondo de ojo y los estudios electrofisiológicos fueron normales, diagnosticándose de NII. El paciente recibió su refracción total y fue tratado con botox en los cuatro rectos horizontales. Ante su mejoría parcial se procedió a tratar con cirugía, realizando al año grandes retroinserciones musculares de los cuatro músculos horizontales utilizando la técnica de Anderson modificada con éxito. A los 2 años de la cirugía el paciente mantiene una AV aceptables. No hay nistagmo en posición primaria de la mirada y el tortícolis cabeza hombro izquierdo ha disminuido hasta ser sólo presente en mirada lejana.

Conclusión: La cirugía del nistagmo congénito con grandes retroinserciones musculares de los músculos horizontales es una técnica quirúrgica eficaz para mejorar el estrabismo, el nistagmus y el tortícolis. La inyección de toxina botulínica es un método diagnóstico y pronóstico de la mejora en la agudeza visual que debe plantearse previo a la cirugía. Asimismo, no debe olvidarse el tratamiento con gafas si precisa para mejorar su agudeza visual.

V32

AMBLIOPÍA PROFUNDA EN ANISOCORIA POSTQUIRÚRGICA EN SÍNDROME DE STURGE-WEBER

INFANTES MOLINA Edgar, GONZÁLEZ DEL VALLE Fernando, RIVEIRA VILLALOBOS Laura, BARRAJÓN RODRÍGUEZ Ángela, ZARCO TEJADA José Manuel, PRADAS GONZÁLEZ Marta, INFANTE LEÓN T.

Introducción: El tratamiento del glaucoma infantil asociado al síndrome de Sturge-Weber constituye un reto terapéutico. Son diversas las complicaciones postquirúrgicas que pueden aparecer después de una cirugía filtrante en estos casos. El enclavamiento de la pupila en

Técnica quirúrgica: Se presenta un caso de una niña de 3 años con este síndrome que había sido operada en su primer año de vida mediante trabeculectomía. Secundariamente desarrolló una anisocoria postquirúrgica extrema induciendo una ambliopía profunda por oclusión iridiana del eje visual. Se propuso un tratamiento quirúrgico de la anisocoria como única opción terapéutica. El desenclavamiento del iris no fue posible debido al largo tiempo de evolución de la anisocoria, así que mediante microtijeras se talló una nueva pupila para dejar libre el eje visual. El tratamiento de la ambliopía se realizó con éxito mediante gafas electrónicas polarizadas, después de probar los tratamientos oclusivos convencionales.

Conclusión: La pupiloplastia quirúrgica puede ser la única alternativa terapéutica en casos extremos de anisocorias postquirúrgicas. La rehabilitación visual con gafas que controlan la oclusión visual de forma electrónica podría ser efectiva en casos rebeldes a las pautas de rehabilitación visual tradicionales.

V33

CUTLER-BEARD BRIDGE FLAP

ANDIÓN FERNÁNDEZ Mónica, VILLAR FERNÁNDEZ Tomás, DORADO FERNÁNDEZ Tamara

Introducción: El carcinoma basocelular es el tumor maligno más frecuente de los párpados. La localización más común es el párpado inferior, el canto medial y, menos frecuentemente, el párpado superior. La reconstrucción de defectos de espesor completo de más del 50% del párpado superior plantea un desafío quirúrgico, tanto por la necesidad de resultados estéticos como sobretodo funcionales, pues de su correcto funcionamiento dependerá la protección de la córnea. Presentamos la reconstrucción de un defecto del párpado superior del 80% en un caso complejo de carcinoma basocelular del párpado superior.

Técnica quirúrgica: Se marcan los márgenes de la escisión quirúrgica en el párpado superior y del colgajo de reconstrucción de Cutler-Beard en el párpado inferior. Infiltración local de anestesia y resección de espesor completo. Obtención de un injerto tarsoconjuntival del párpado superior del ojo contralateral. Reconstrucción por planos del defecto: la lamela posterior con el injerto tarsoconjuntival procedente del ojo contralateral y la lamela anterior con un colgajo de avance del párpado inferior ipsilateral mediante la técnica de Cutler-Beard. A las seis semanas, corte del pedículo y reconstrucción de ambos párpados.

Conclusión: Mantener la funcionalidad del párpado superior es indispensable para proteger la integridad corneal y la visión del ojo involucrado. Al año y medio de seguimiento, con esta técnica se consiguió la extirpación completa de la lesión manteniendo al mismo tiempo la anatomía, dinámica y estética del ojo.

V34

MELANOMA PALPEBRAL, ABORDAJE QUIRÚRGICO Y RECONSTRUCCIÓN

COSTALES MIER Felipe, PÉREZ DÍEZ Elena, TORIBIO GARCÍA Álvaro, MARTÍN ESCUER Bárbara

Introducción: El melanoma palpebral es una lesión rara, representa el 1% de los tumores palpebrales y menos del 1% del total de melanomas cutáneos. Con mayor frecuencia afecta al párpado inferior (PI) y en su mayoría suelen ser unilaterales. Tiene consideraciones especiales, dado que en esta localización la piel del PI es fundamental en la protección ocular y mecánica palpebral.

Técnica quirúrgica: Mujer de 83 años, acudió a urgencias por una lesión en PI izquierdo (OI) ulcero-costrosa de 11mm de diámetro, con fondo necrótico y recubierto por exudado hemático, de tres meses de evolución, sin adenopatías palpables. Se realizó extirpación en cuña con márgenes de 5mm, se dejó lecho cruento para reconstrucción posterior hasta resultado de la biopsia. Se informó la biopsia como: melanoma nodular ulcerado maligno (Breslow 4.625 mm, nivel de Clark III), con márgenes laterales y en profundidad libres. Se realizó TAC corporal total y estudios de extensión, que resultaron negativos. En un segundo tiempo se realizó ampliación de márgenes de 1cm del lecho quirúrgico en conjunto con dermatología. Se reconstruyó lamela posterior con tira de periostio nasal de apófisis ascendente de maxilar superior, tira de periostio lateral de reborde orbitario lateral, e injerto libre tarsoconjuntival de párpado superior ipsilateral. Se realizó un colgajo de avanzamiento tipo Mutardé modificado para reconstruir lamela anterior. Durante el post-operatorio presentó una buena evolución tanto estética como funcional, con buena oclusión y apertura palpebral, y reconstitución de fornix inferior.

Conclusiones: Se ha visto que una resección primaria con bordes de 5mm con ampliación de márgenes posterior representa una forma adecuada de poder preservar la funcionalidad palpebral, sin que ello vaya en detrimento de la supervivencia del paciente. El uso de injerto tarsoconjuntival presenta una excelente tolerancia, ya que presenta las mismas características del tejido extirpado. Las tiras de periostio nos permite usar injertos libres de menor tamaño, creando una lamela posterior adecuada. Para reconstruir lamela anterior usamos un colgajo de avance para aportar nutrición al injerto subyacente. De esta forma no sólo reconstruimos de forma adecuada la estructura palpebral, si no que tratamos de conservar sus referencias anatómicas.

V35

EXENTERACIÓN ORBITARIA CON CONSERVACIÓN DE PÁRPADOS: ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN TUMORES QUE RESPETAN EL SEPTUM

DOMÍNGUEZ GARCÍA Belén, GESSA SORROCHE María, ESPEJO ARJONA Francisco, ÁNGELES FIGUEROA Rubén

Paciente de 13 años diagnosticada de Leiomioma orbitario secundario a Radioterapia. El tumor se localiza entre músculos Recto Inferior y Recto Medio. Dada la separación respecto al septum, se plantea la exenteración orbitaria con conservación de párpados como abordaje quirúrgico, tratándose de una cirugía con un mejor resultado cosmético. Procedimiento quirúrgico Bajo anestesia general se realiza: - Cantotomía lateral y suturas de tracción a nivel de márgenes palpebrales - Incisión a nivel periorbitario hasta acceder a a periostio - Separación de periostio con periostotomo Freer - Corte a nivel de ápex orbitario y extracción del contenido de la órbita - Sutura de párpados Incidencias intraoperatorias - Erosión del suelo orbitario con protusión de tejido graso desde seno maxilar (posible fractura del suelo de la órbita por aumento del contenido orbitario, que no supone infiltración tumoral directa) - Salida de LCR a la manipulación en ápex orbitario: Origen probable Infiltración tumoral del nervio óptico (Estudios de imagen negativos) Meningocele de nervio óptico Manejo intraoperatorio de fístula de LCR - Tachosil: esponja medicamentosa de colágeno con una capa seca en superficie constituida a base de fibrinógeno y trombina humana. Permitted frenar el flujo de LCR y manipular a nivel de ápex orbitario. - BioGlue: adhesivo quirúrgico integrado por dos componentes, albúmina purificada de suero bovino y glutaraldéhid. Favoreció el sellado definitivo de la fístula.

V36

RECONSTRUCCIÓN PALPEBRAL BILAMELAR TRAS CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS

GARRIDO HERMOSILLA Antonio Manuel, ÁNGELES FIGUEROA Rubén Alberto, DÍAZ RUIZ M.^a Concepción

Introducción: Varón de 86 años que acude a consulta con una tumoración en párpado inferior derecho de años de evolución. A la exploración presenta una lesión de morfología nodular y aspecto ulcerado que ocupa aproximadamente la mitad externa del párpado inferior derecho, con palpación de ganglio linfático preauricular ipsilateral. Se procede a realizar punción-aspiración con aguja fina (PAAF), notificándose la existencia de una neoplasia epitelial de células pequeñas en párpado inferior derecho con ausencia de células neoplásicas en ganglio preauricular ipsilateral. Citoqueratina 20 negativa ante sospecha de carcinoma de células de Merkel.

Técnica quirúrgica: Bajo anestesia general, se reseca en bloque la lesión tumoral en párpado inferior derecho mediante cirugía micrográfica de Mohs. La biopsia de la muestra quirúrgica es informada como carcinoma de células basales con patrón nodular, infiltrante y ulcerado, además de existir diferenciación escamosa focal. El borde nasal presenta infiltración neoplásica, requiriendo ampliación quirúrgica, con resultado favorable. Se reconstruyen las lamelas palpebrales mediante colgajos perióstico orbitario y miocutáneo rotacional malar, dejando drenaje de Penrose. A las 48 horas se retira el drenaje de Penrose, y a las 2 semanas los puntos de sutura, con buen resultado estético y funcional. No existen signos de recidiva tumoral tras 3 años de seguimiento.

Conclusiones: La cirugía micrográfica de Mohs fue descrita en 1938 por el cirujano estadounidense Frederic E. Mohs. Su elevada tasa de curación completa y mayor preservación tisular compensan el incremento en tiempo quirúrgico y coste económico, siempre y cuando la indicación de esta técnica sea adecuada (como ocurre en este caso clínico de gran agresividad tumoral local). La reconstrucción de la lamela palpebral posterior con periostio orbitario representa una opción menos agresiva y más anatómica que la utilización de cartílago auricular o mucosa palatina.

V37

TÉCNICA DE VOLLARO EN ENTROPIÓN CICATRICIAL

GESSA SORROCHE María, GARRIDO HERMOSILLA Antonio Manuel, DÍAZ RUIZ M.^a
Concepción, ÁNGELES FIGUEROA Rubén Alberto

Introducción: El párpado superior puede verse afectado por procesos cicatriciales, localizados habitualmente en la lamela posterior y originando en su mayoría un entropión que debe ser minuciosamente valorado para elegir la intervención más apropiada. Las técnicas empleadas pueden comprender una o ambas lamelas.

Técnica quirúrgica: El procedimiento quirúrgico descrito por el oftalmólogo italiano Agostino De Lieto Vollaro a principios del siglo XX tiene como finalidad provocar una eversión del borde libre del párpado superior. Para ello, se separan ambas lamelas y se coloca un autoinjerto de músculo orbicular en hamaca por delante de la lamela anterior, lo que origina un alejamiento de las pestañas y una tracción del margen palpebral.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico de las formas avanzadas de entropión cicatricial puede resultar muy complejo, siendo frecuentes las reintervenciones, que a su vez irán mermando las posibilidades de rehabilitación anatómica y funcional. La técnica aquí mostrada representa pues una opción terapéutica asequible y útil para el abordaje de estos pacientes.

V38

DRENAJE DE ABSCESO ORBITARIO MEDIANTE ORBITOTOMÍA ANTERIOR POR VÍA TRANSCONJUNTIVAL INFERIOR

PÉREZ SARRIEGUI Ane, ALBANDEA JIMÉNEZ Ana, ALONSO FORMENTO Nieves, PORRÚA TUBIO Laura

Introducción: Paciente de 51 años que acude a Urgencias por dolor ocular, edema bpalpebral derecho y diplopía de horas de evolución. Había estado ingresada hasta el día previo con tratamiento antibiótico y corticoideo intravenoso por sinusitis maxilar y etmoidal y celulitis orbitaria derecha secundaria a flemón dentario. A la exploración presentaba proptosis y limitación de la motilidad ocular extrínseca (MOE) a la supra, infra y levoducción de ojo derecho. Agudeza visual: unidad ambos ojos. El TAC fue diagnóstico de absceso intraorbitario extraconal derecho en suelo y pared medial de la órbita y miositis secundaria de músculos recto inferior y recto medio.

Técnica quirúrgica: Bajo anestesia general, se realizó drenaje del absceso orbitario mediante orbitotomía anterior por vía transconjuntival inferior. Para ello, se realizó una incisión subtarsal en conjuntiva y retractores, con posterior disección en el plano preseptal para alcanzar el reborde orbitario. Una vez expuesto, se procedió a la apertura del periostio a lo largo del reborde, y disección subperióstica por el suelo orbitario hasta localizar el absceso. Se realizó incisión del periostio a ese nivel, drenando gran cantidad de material purulento. Este abordaje no requiere sutura. La paciente fue tratada con antibioterapia intravenosa durante una semana después de la cirugía y fue dada de alta con agudeza visual de 1 en ambos ojos, sin diplopia, proptosis ni otra clínica oftalmológica, manteniéndose antibióticos orales una semana más.

Conclusión: La orbitotomía por vía transconjuntival inferior proporciona acceso al suelo de la órbita, la fisura orbitaria inferior, y los espacios inferolateral e inferomedial de la órbita. Este abordaje proporciona varias ventajas respecto a los abordajes cutáneos. Por un lado cosmético, puesto que no deja cicatriz visible, y por otro por la reducción del riesgo de retracción palpebral inferior, puesto que los planos subcutáneos y septal permanecen intactos.

V39

ADAPTACIÓN DE LENTES DE CONTACTO SEMIESCLERALES EN PACIENTES CON ASTIGMATISMO IRREGULAR

CAMPELLO LLUCH Jaime, BELDA SANCHÍS José Isidro, ORTEGA GIMÉNEZ Lydia, RIAL ÁLVAREZ Lucía

Introducción: El propósito de esta presentación es mostrar cómo el uso de lentes de contacto esclerales puede corregir altos defectos refractivos en pacientes con astigmatismo irregular, mejorando su calidad visual. El diámetro de estas lentes rígidas gas permeables es de 12.7 mm. Al ser ligeramente mayor que el diámetro corneal, mejora el confort y evita el roce sobre el limbo esclero-corneal. Por ello se denominan semiesclerales.

Técnica quirúrgica: Estas lentes tienen 3 partes diferenciadas: una zona central esférica de 6 mm., un segmento esférico de transición y una banda de soporte escleral. Se muestran imágenes de 8 pacientes adaptados con lente semiescleral (6 varones y 2 mujeres) con edades comprendidas entre los 22 y 53 años. 4 pacientes padecen queratocono, uno ectasia corneal post-Lasik, otro queratotomía radial y 2 con trasplante corneal.

Conclusión: La agudeza visual corregida es mejor que con gafas en todos los casos. El diseño esférico central permite la presencia de un buen menisco lagrimal entre la córnea y la lente, que previene el roce a nivel del ápex corneal. El reservorio lagrimal entre córnea y lente neutraliza el astigmatismo irregular y permite una buena transferencia de oxígeno a la córnea. Estas nuevas lentes de contacto semiesclerales mejoran y facilitan la adaptación en casos de astigmatismo irregular. Los autores no tienen interés comercial en ninguno de los productos mencionados.

V40

QUERATOPLASTIA PENETRANTE DE 4 MILÍMETROS PARA REPARACIÓN DE HERIDA PERFORANTE CON PÉRDIDA DE SUSTANCIA

DÁVILA FLORES Alejandro, GARRALDA LUQUÍN Andrés, SALINAS GUERRA Cynthia, QUIROGA ELIZALDE Jorge Juan

Introducción: Las heridas penetrantes corneales representan un desafío para el oftalmólogo, se trata de lesiones peligrosas, con múltiples mecanismos y presentaciones que nos plantean un reto terapéutico en la urgencia oftalmológica. Dependiendo del tipo de herida existen diferentes formas de abordaje, como sutura simple, adhesivos tisulares, parche conjuntival o escleral, o reparación con membrana amniótica.

Técnica quirúrgica: En nuestro caso, se trata de un paciente joven con herida corneal en media periferia con pérdida de sustancia, inicialmente se intentó sutura simple sin éxito, por lo que se decide reparar mediante una queratoplastia excéntrica de pequeño diámetro Utilizando un punch de 4 milímetros(mm) estándar, el mismo que se utilizó para diseccionar el injerto en el centro de la córnea donante. Se realizó una trepanación parcial con el punch de 4 mm, y se terminó la disección con cuchillete de 15°. Se colocó injerto de donante, y se fijó con puntos simples de Nylon 10-0, ya que el tejido tenía el mismo diámetro que el trepano, fueron necesarios 16 puntos de sutura para conseguir una cámara anterior estable.

Conclusión: Las heridas corneales penetrantes son lesiones importantes, y potencialmente graves que requieren una actuación urgente y toma de decisiones rápidas. La queratoplastia penetrante de pequeño diámetro es una alternativa a tener en cuenta en pacientes seleccionados, que podría contribuir a conseguir buenos resultados como en nuestro paciente.

V41

MARCA ASIMÉTRICA TRIANGULAR PARA CONFIRMAR LA ORIENTACIÓN DEL INJERTO DE QUERATOPLASTIA ENDOTELIAL DE MEMBRANA DE DESCOMET

GARCÍA-MONTESINOS GUTIÉRREZ Javier, ARNALICH MONTIEL Francisco

Introducción: La queratoplastia endotelial de membrana de Descemet (DMEK) permite la sustitución selectiva de las células endoteliales dañadas en pacientes con disfunción endotelial, utilizando sólo la membrana de Descemet con su endotelio. Con esta técnica se pueden alcanzar mejores resultados visuales que con otras técnicas lamelares posteriores y además se disminuye el riesgo de rechazo. Sin embargo, la técnica quirúrgica es más compleja, lo que ha limitado su popularización. Una de las dificultades que pueden ocurrir durante la cirugía es saber con certeza la orientación del injerto en la cámara anterior cuando éste no está plegado en forma de doble rollo, lo que puede ocurrir con relativa frecuencia.

Técnica quirúrgica: Presentamos una maniobra quirúrgica que nos permite conocer la orientación del injerto de DMEK cuando está desplegado en la cámara anterior. Consiste en realizar una pequeña marca asimétrica en forma de triángulo rectángulo en la periferia del injerto con un cuchillete de 15° durante la disección del mismo. De esta forma, sabremos que el injerto está desplegado en cámara anterior con la orientación correcta cuando vemos la marca asimétrica dispuesta de forma inversa a como la realizamos durante la disección.

Conclusión: En nuestra experiencia, la utilización de esta marca asimétrica triangular durante la disección del injerto de DMEK nos facilita y acelera la cirugía de DMEK, al ayudar a saber hacia de que lado está la cara endotelial del injerto en todo momento, sin afectar a la adherencia del injerto o a la claridad de la cornea en el postoperatorio.

V42

SEGMENTOS INTRACORNEALES IMPLANTADOS MEDIANTE SISTEMA DE OCT INTRAOPERATORIO

HIERRO ZARZUELO Almudena del, ARMADÁ MARESCA Félix, PASTORA SALVADOR Natalia,
BOTO DE LOS BUÉIS Ana

Introducción: La OCT intraoperatoria proporciona al cirujano información que escapa a la visión quirúrgica del microscopio. Rescam 700 consiste en un sistema de OCT stratus integrado en la plataforma del microscopio Lumera 700 de Zeiss. A través de este sistema visualizaremos en tiempo real las imágenes topográficas de la córnea en el ocular derecho junto con la imagen quirúrgica en ambos visores. La aplicación de esta nueva técnica en patología corneal permite conocer mejor la interfase y profundidad del tejido en cirugía lamelar. De esta forma los resultados del trasplante endotelial, lamelar anterior, incisiones y segmentos intracorneales serán más seguros y predecibles.

Técnica quirúrgica: Presentamos un caso de implantación de segmentos intracorneales mediante sistema Rescam 700 en un paciente con queratocono. La creación del túnel se había realizado previamente mediante láser femtosegundo a un 70% del mínimo espesor corneal en zona óptica de 5 mm. En ambos casos la longitud del segmento a implantar correspondió a 210°.

Conclusión: La cirugía con un sistema de OCT intraoperatoria permite cirugías más seguras y predecibles.

V43

CARCINOMA ESCAMOSO INVASIVO DE CÓRNEA. LA CIRUGÍA DE UNA RAREZA

MATAIX ALBERT Beatriz, CARO MAGDALENO Manuel, ROSSELLÓ FERRER Ainhoa, MONTERO IRUZUBIETA Jesús

Introducción: La Neoplasia Escamosa de la Superficie Ocular es poco frecuente y se presenta normalmente como una afectación conjuntival, con o sin invasión corneal. El origen en la córnea es extremadamente infrecuente, sobretudo en su forma invasiva. Los primeros casos se empezaron a publicar en los años 80 y la serie de casos más larga publicada desde entonces ha sido de 4 casos al año. A continuación presentamos un caso adicional y su manejo quirúrgico. Se trataba de un paciente varón de 72 años, con antecedentes de una queratoplastia penetrante en el ojo derecho 10 años antes, que acudió por una lesión multinodular en el limbo temporal inferior en ese ojo. Se trataba de una lesión de aspecto leucoplásico situada por fuera del botón corneal, que ocupaba tres horas -desde las seis a las nueve- y con penachos vasculares dilatados asociados. No se apreciaban signos de extensión a la conjuntiva adyacente. La Tomografía de Coherencia Óptica de segmento anterior evidenció una afectación estromal y la Biomicroscopía Ultrasónica descartó la extensión al segmento anterior. Se indicó una queratectomía escisional, que se describe posteriormente. El estudio de la pieza quirúrgica indicó que se trataba de un carcinoma de células escamosas bien diferenciado con áreas microinvasivas en el borde interno pero sin alcanzar el limbo ni la conjuntiva. Se instauró tratamiento con colirio de interferón alfa 2-b. Tras un año de seguimiento, el injerto presenta una buena integración y no se han detectado signos de recidiva clínicos ni en la biomicroscopía ni en la microscopía confocal in vivo.

Técnica quirúrgica: Se realizó una queratectomía escisional con cuchillete de diamante precalibrado a 200 micras seguida de la reconstrucción de la zona con un trasplante heterólogo de limbo y un recubrimiento con membrana amniótica. El limbo transplantado se preparó en una cámara anterior artificial usando el mismo cuchillete precalibrado.

Conclusión: Ante una lesión de aspecto leucoplásico, aunque esté limitada a la córnea, se debe tomar una actitud activa, debiéndose considerar su biopsia. La buena evolución del paciente que hemos presentado nos hace plantear el trasplante heterólogo de limbo como una buena opción en los casos que precisen una biopsia corneal.

V44

VARIACIONES EN LA TÉCNICA DE MURAINÉ PARA LA OBTENCIÓN DEL TEJIDO DONANTE EN DMEK

SALVADOR PLAYÁ Antoni, VIÑALS BOSCH Victoria, SASSOT CLADERA Irene, PEDEMONTE SARRIAS Eduard

Introducción: Mostramos las variaciones aplicadas sobre la técnica descrita por Muraine para la obtención del injerto donante en queratoplastia endotelial de la membrana de Descemet (DMEK).

Técnica quirúrgica: Se muestra paso a paso la técnica de obtención del injerto para DMEK según Muraine y se exponen las variaciones aplicadas sobre ella: en la forma de hacer la disección, el líquido utilizado para la hidrodisección, las herramientas utilizadas para la correcta orientación del injerto y la colocación en el inyector.

Conclusión: La técnica de Muraine para la obtención del tejido donante para DMEK tiene muchas ventajas. Es una técnica rápida, estandarizable, con una baja pérdida de córneas donantes y una alta preservación de la integridad celular endotelial.

V45

UTILIDAD DEL INJERTO ESCLERAL HETERÓLOGO DONANTE CONSERVADO EN ALCOHOL PARA RECONSTRUCCIÓN DE LA SUPERFICIE OCULAR

SERNA GÓMEZ Alejandro, MARTÍN MELERO Óscar, GRANADOS CENTENO José Manuel, ARENAS MARTÍNEZ Victoria

Introducción: Presentamos el caso de un paciente varón de 78 años que presenta neoplasia escleral pigmentada asintomática de larga evolución en el ojo izquierdo, el paciente no refiere traumas previos ni entradas de cuerpo extraño. En la exploración presenta neoplasia de aspecto redondeado yuxtalimbar nasal pigmentada y sobre elevada de 1 mm, no presenta dolor ni disminución de agudeza visual. No refiere patología sistémica asociada. Impresiona de infiltración escleral profunda. Ante la sospecha de lesión maligna se realiza estudio de extensión sistémico y local. Se realiza estudio radiológico sistémico y orbitario sin hallazgos de interés. Estudio sistémico y ocular sin alteraciones Se decide realizar biopsia escleral y reconstrucción de superficie.

Técnica quirúrgica: Se realiza trepanación escleral profunda mediante punch dérmico de 4 mm y disección lamelar profunda con cuchillete de Crescent. La reconstrucción de superficie ocular se realiza utilizando un parche escleral donante conservado en alcohol de 4 mm circular, y sutura radial del injerto con nylon de 10/0s. Se asocia autoinjerto de conjuntiva temporal para recubrimiento del parche escleral.

Conclusiones: La utilización de injertos heterólogos de donante conservados en alcohol, pueden ser de gran utilidad en técnicas reconstructivas de superficie ocular, siendo un material biocompatible, y con fácil disponibilidad y la conservación. En nuestro servicio utilizamos esclera donante y discos corneales conservados en alcohol absoluto para realización de injertos heterólogos en casos que precisan reconstrucción tectónica de superficie ocular con buena tolerancia y evolución postquirúrgica.

V46

DESPLIEGUE EN CÁMARA ANTERIOR DEL RULO DE DMEK OBTENIDO MEDIANTE LA TÉCNICA DE MURAINÉ

VIÑALS BOSCH Victoria, SALVADOR PLAYÁ Antoni, SASSOT CLADERA Irene, PEDEMONTÉ SARRIAS Eduard

Introducción: En el momento del despliegue en cámara anterior del rulo de DMEK (Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty) obtenido mediante la técnica de Muraine pueden aparecer algunas dificultades. Se exponen las principales formas en que puede encontrarse el rulo de DMEK en cámara anterior después de su inyección y se muestran las maniobras que se utilizan para conseguir la correcta colocación del injerto donante en el lecho receptor.

Técnica quirúrgica: Algunas de las maniobras que permiten el control del despliegue del rulo de DMEK en cámara anterior son la inyección controlada del injerto, regulando la profundidad de la cámara anterior; el masaje corneal con cánula; la infusión controlada de BSS o de aire en cámara anterior y la tracción del injerto con aguja.

Conclusión: El despliegue en cámara anterior del rulo de DMEK obtenido mediante la técnica de Muraine es el paso menos predecible de esta cirugía y, según nuestra experiencia, es el paso que presenta una curva de aprendizaje mayor. El conocimiento de recursos aplicables en esta situación permite obtener unos mejores resultados.

V47

AZUL TRIPÁN PARA LA IDENTIFICACIÓN DE AGUJEROS OCULTOS EN LA CIRUGÍA DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA REGMATÓGENO

PIMENTA OLIVEIRA Nuno, LUIS HENRIQUES Filipe, FERRAO FONSECA María, MENDES SILVA Andreia

Introducción: El propósito de este trabajo es reportar la inyección subretiniana de Azul de tripán para identificar agujeros de retina ocultos, durante la reparación del desprendimiento de retina regmatógeno.

Técnica quirúrgica: Relato de caso de un paciente con desprendimiento de retina regmatógeno en el cual no fue posible identificar desgarros o agujeros durante la vitrectomía, incluso con indentación. Se inyectó Azul tripán 0,15% en el espacio subretiniano periférico, con una cánula 39G y se llenó la cavidad vítrea con perfluorocarbono líquido, de modo que el colorante salió del espacio subretiniano a través del agujero oculto. El Azul de tripán escapó del espacio subretiniano formando una columna como el humo de una chimenea, permitiendo la identificación del agujero. Después de identificarlo, se drenó el líquido subretiniano y se completó la cirugía utilizando endoláser y taponamiento con gas. Después de la reabsorción del gas, la retina se mantuvo aplicada y la agudeza visual era de 20/50 después de 3 meses de seguimiento.

Conclusión: Esta técnica permitió la finalización con éxito de la cirugía y la identificación de la rotura en la retina periférica. Así, en pacientes en los cuales no se encuentran agujeros o desgarros de retina, comprometiendo potencialmente el resultado de la cirugía, esta técnica puede ser una alternativa segura y eficaz para identificar estas roturas.

V48

FOSETA PAPILAR SINTOMÁTICA: PROPUESTA DE CIRUGÍA

PINTO HERRERA Candelaria, ROCHA CABRERA Pedro, MESA LUGO Fátima Irene, CORDOVÉS DORTA Luis Mateo

Introducción: Las fosetas papilares pertenecen a un subgrupo de anomalías del nervio óptico y suelen ser un hallazgo casual en la exploración oftalmológica. Mas, en los pacientes con afectación macular, dan lugar a disminución de la agudeza visual, hecho que hace plantearse el tratamiento quirúrgico de las mismas.

Técnica quirúrgica: Presentamos dos casos clínicos de pacientes afectos de foseta papilar y desprendimiento neurosensorial asociado. En ambos casos, la intervención quirúrgica consiste en: vitrectomía vía pars plana (VPP) 23G asociada a hialoidectomía posterior (HP) y pelado de membrana limitante interna (PMLI), y taponamiento con gas SF6 al 20%. En ambos casos se ha evidenciado mejoría, tanto visual como tomográfica, tras la intervención quirúrgica.

Conclusiones: Múltiples estrategias quirúrgicas han sido propuestas para el tratamiento de la foseta papilar asociada a maculopatía. En nuestra experiencia, la VPP 23G asociada a HP, PMLI y taponamiento con gas, parece ser una opción adecuada para el abordaje de esta patología.

V49

DESPRENDIMIENTO DE RETINA 25 AÑOS DESPUÉS DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR

PRADAS GONZÁLEZ Marta, GONZÁLEZ DEL VALLE Fernando, LARA MEDINA Francisco Javier, NÚÑEZ SÁNCHEZ Agustín, DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ M.^a José, ARIAS PALOMERO Antonio, ALFAYA MUÑOZ Laura Blanca

Introducción: La patología vítreo-retiniana asociada a un traumatismo perforante con cuerpo extraño intraocular (CEIO) es muy variada y puede desencadenar graves complicaciones tardías.

Técnica quirúrgica: Nuestro paciente es un varón de 50 años al que le fue extraído un CEIO 25 años atrás y que desarrolló tardíamente un desprendimiento de retina. Durante la cirugía del desprendimiento se descubre que un antiguo cerclaje de silicona ha perforado la esclera, coroides y retina en el polo posterior, introduciéndose en cámara vítrea. Para reparar este agujero se procede al corte del cerclaje ab interno con tijera neumática y al uso de fibrina autóloga. Posteriormente el paciente desarrolla una vítreo-retinopatía proliferativa anterior y posterior que es reintervenida en una segunda cirugía.

Conclusión: La posibilidad de una intrusión de un cerclaje antiguo debe ser tomada en cuenta en casos de CEIO o traumatismos perforantes, en los que pueda haber habido un debilitamiento de las paredes del globo ocular en el polo posterior.