



**Vídeos**

CV01

### **CIRUGÍA DE CATARATA Y EXTRACCIÓN DE PRL ADHERIDA AL CRISTALINO**

Melania CIGALES JIROUT, Jairo HOYOS CHACÓN, Jairo Enrique HOYOS CAMPILLO

*Introducción:* Paciente mujer de 47 años con implante de PRL en ambos hace 16 años, para corregir -18 dioptrías (D) de miopía. Acude con catarata subcapsular anterior en ambos ojos y una agudeza visual de 0.1 no mejorable con cristales. La OCT mostraba ausencia de vault. Decidimos realizar explante de la PRL, facoemulsificación de la catarata e implante de una lente intraocular en el saco capsular.

*Técnica quirúrgica:* Realizamos cirugía con anestesia tópica y comenzamos por el ojo derecho. Cuando tratamos de inyectar visco debajo de la PRL para luxarla a la cámara anterior, observamos que estaba adherida a la cápsula anterior del cristalino. Conseguimos separar el implante con ayuda de visco y manipuladores, pero durante las maniobras se rompió la cápsula anterior. Se explantó la PRL con pinzas por una incisión corneal de 3 mm. Conseguimos completar una capsulotomía continua y terminar la cirugía sin complicaciones. El ojo izquierdo fue más fácil porque la PRL no estaba adherida.

*Conclusión:* Cuando una lente fáquica está en contacto con el cristalino puede provocar una catarata subcapsular anterior e incluso la lente puede adherirse a la capsula, a pesar de ser una lente hidrofóbica como en este caso.

CV02

## SUTURA DEL COMPLEJO SACO-LENTE SUBLUXADO A SULCUS CILIAR CON TÉCNICA DE TAPETES ESCLERALES

Marta GÓMEZ MARISCAL

*Introducción:* La técnica de sutura del complejo saco-lente subluxado a sulcus ciliar con técnica de tapetes esclerales es una técnica poco invasiva, aunque técnicamente exigente. Está indicada en subluxaciones leve-moderadas con un saco no contraído y sin anillo de Soemmering prominente.

*Técnica quirúrgica:* tras colocación de trocar 23 gauge de seguridad y vía de infusión, se realizan dos colgajos conjuntivales con base fórnix a las 2 y 7 horas. ES necesaria una buena coagulación de los vasos esclerales con diatermia para evitar el sangrado durante la cirugía. Con un anillo de Mendez se marcan con precisión los dos puntos opuestos 180° a cuya altura se procede a tallar los tapetes esclerales. Con un cuchillete tipo Crescent, se construyen con forma cuadrangular y serán de una anchura igual a la anchura del cuchillete, y de una profundidad de dos tercios el espesor escleral. Se realizan dos paracentesis parcialmente enfrentadas a los tapetes, a través de las cuales se pasará una aguja de prolene de 10/0 de doble armada, curvada por el cirujano para facilitar su manejo. Para lograr el paso de la aguja a través del sulcus anatómico de forma precisa, se utiliza una aguja guía de 30 gauge, que penetra la esclera a 2 milímetros de limbo y atraviesa el saco capsular primero por delante del háptico y una segunda a 1 milímetro de la primera y por detrás del háptico, logrando así una lazada en torno al mismo. Una vez repetida la maniobra en el segundo tapete, se procede a anudar la sutura de prolene y a ajustar la tensión hasta lograr una posición centrada de la lente intraocular. Por último, se suturan los tapetes y los colgajos conjuntivales con polietilenglicol de 8/0.

*Conclusión:* La técnica de sutura del complejo saco-lente subluxado al sulcus ciliar es una técnica poco invasiva que disminuye las complicaciones secundarias a la alternativa de explantar el saco e implantar una nueva lente intraocular.

CV03

### **LUXACIÓN CRISTALINIANA POSTRAUMÁTICA. RESILIENCIA QUIRÚRGICA ESPAÑOLA**

Fernando GONZÁLEZ DEL VALLE, Marta PRADAS GONZÁLEZ, Edgar INFANTES MOLINA, Maria Jose DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ

*Introducción:* La luxación postraumática del cristalino sigue siendo un reto para nuestra especialidad y puede precisar de diferentes aproximaciones quirúrgicas para resolver la malposición cristaliniiana y/o la afaquia.

*Técnica quirúrgica:* Se muestran las diferentes técnicas quirúrgicas empleadas en este varón de 76 años: facoemulsificación, intento de refijar el complejo saco-lente intraocular (LIO), sutura de LIO, recolocación de la LIO en una nueva cirugía, intento fallido de trasplante de saco cristaliniiano (para recubrir la LIO inicial para evitar un síndrome uveítis-glaucoma-hifema secundario) y finalmente trasplante de saco exitoso con implante de anillo de tensión capsular y LIO monobloque, fijando dicho complejo transescleralmente mediante suturas tipo nudo vaca (cow hitch) para resolver la afaquia.

*Conclusión:* En ocasiones es necesario realizar múltiples procedimientos quirúrgicos para resolver la afaquia inducida directa o indirectamente por un traumatismo contuso ocular. El trasplante de saco cristaliniiano que alojará un anillo y una lente intraocular podría ser útil para evitar el síndrome de uveítis-glaucoma-hifema secundario a una lente suturada.

CV04

### **CIRUGÍA DE CATARATA TRAUMÁTICA DIFERIDA CON COMPROMISO CAPSULAR Y RECONSTRUCCIÓN DE HERIDA CORNEAL PENETRANTE EN UN NIÑO**

M.<sup>a</sup> Luisa PÉREZ GANCEDO, Beatriz GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, M.<sup>a</sup> Mercedes CABEZAS LEÓN, Carmen FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

*Introducción:* Paciente de 6 años que es atendido en el servicio de Urgencias por traumatismo en ojo derecho que presenta una herida penetrante corneal, donde ya se advierte catarata traumática. Se realiza cierre de la herida corneal de urgencia. De manera diferida, se realiza cirugía de la catarata y reconstrucción de la herida corneal.

*Técnica quirúrgica:* Se realiza paracentesis, inyección de viscoelásticos (técnica de escudo), tinción de restos capsulares con azul tripán y posteriormente una incisión de 2,2 mm. Con ayuda de triamcinolona intracameral y con irrigación-aspiración y vitreotomo, se eliminan los restos cristalinianos. Se amplía la incisión a 2,75 mm y se implanta LIO 3 piezas con inyector en sulcus. Se inyecta cefuroxima intracameral y se suturan las incisiones quirúrgicas y se reconstruye la herida corneal con nylon 10/0.

*Conclusión:* Las cataratas traumáticas, en el contexto de heridas penetrantes que afectan al área pupilar, son un desafío quirúrgico, pero la asistencia de colorantes y viscoelásticos y la modulación de la fluídica intraocular, permiten un buen control intraquirúrgico. En el caso particular de los niños, la implantación de la LIO, el cierre de las incisiones quirúrgicas y, en nuestro caso, el retoque de la sutura de la herida corneal traumática, mejoran el pronóstico visual.

CV05

### **CATARATA SUBLUXADA Y REPARACIÓN PUPILAR**

Pablo PLAZA RAMOS, Alicia ZUBICOA ENERIZ, Laura TABUENCA DEL BARRIO, Jose ANDONEGUI NAVARRO

*Introducción:* Varón de 65 años que, tras sufrir un traumatismo con una madera en el ojo derecho, fue atendido en urgencias y diagnosticado de catarata cortical traumática, subluxación de cristalino con contenido vítreo en cámara anterior y rotura del esfínter pupilar con desgarro iridiano a las diez horas. Su agudeza visual tras el traumatismo era de 20/25 y fue disminuyendo debido al aumento de la catarata hasta 20/70, momento en el que se planteó la cirugía. Ésta consistió en una facoemulsificación con vitrectomía anterior, implante de lente intraocular y reconstrucción iridiana.

*Técnica quirúrgica:* La cirugía comenzó con la incisión corneal y la paracentesis, el llenado de la cámara anterior de viscoelástico y la capsulorrexis circular. Se colocaron dos retractores iridianos en la capsulorrexis debido a la desinserción capsular. Tras este paso, se procedió a la facoemulsificación del cristalino con la técnica divide y conquista, y se implantó un anillo de tensión capsular. Se realizó una vitrectomía anterior y un aspirado de los restos corticales con el vitreotomo anterior. A continuación, tras rellenar el saco capsular de viscoelástico, se colocó una lente intraocular en el mismo. El siguiente paso fue suturar el desgarro iridiano con una sutura de prolene 10/0. Finalmente se suturó la incisión principal corneal con una sutura de nylon 10/0.

*Conclusión:* Los traumatismos oculares pueden causar numerosas lesiones intraoculares, algunas de las cuales pueden suponer un verdadero reto quirúrgico. En manos de un cirujano experto es posible realizar técnicas de facoemulsificación, reparación pupilar e implante de la lente intraocular ya sea suturada a sulcus, iris o en el propio saco capsular si éste es viable, como en nuestro caso, todo ello en un mismo tiempo quirúrgico. En la actualidad el paciente presenta una agudeza visual de 20/20.

CV06

**EXPLANTE DE LENTE FAQUICA ARTISAN, CIRUGIA DE CATARATA E IMPLANTE DE LENTE MONOFOCAL DE 3 PIEZAS**

José Miguel ROMÁN GUINDO, Verónica VARGAS, Mario CANTO CERDÁN, Jorge L. ALIÓ

*Introducción:* Se trata de un paciente miope magno al que se le realizó implante de lente artisan, años atrás, para la corrección de alta miopía, que posteriormente desarrolló catarata

*Técnica quirúrgica:* Bilensectomía con explante de lente Artisan y facoemulsificación con lente monofocal de 3 piezas. En el video se muestra las etapas más importantes de la cirugía y los detalles técnicos más importantes a conocer para conseguir el éxito de la operación

*Conclusión:* La bilensectomía con explante de la lente inicial faquica Artisan requiere unas maniobras específicas que, bien conocidas, permiten realizarla con seguridad y eficacia tanto anatómica como con buen resultado refractivo y visual.

CV07

### VARIANTE TÉCNICA DE EMPLEO DEL IMPLANTE OLOGEN EN CIRUGÍA FILTRANTE

Francisco Javier BÓVEDA ÁLVAREZ, Alba FEAL RODRÍGUEZ, Laura VALCARCE RIAL, Pedro Corsino FERNÁNDEZ VILA

*Introducción:* El Ologen es un implante de atelocolágeno poroso, comercializado en diferentes formas y tamaños. Se propugna en la cirugía de glaucoma como mantenedor de espacio entre la conjuntiva y la epiesclera y para servir de andamiaje guiando una cicatrización “desorganizada” a través de sus poros de entre 10 y 300 micras, para degradarse entre 90 y 180 días. La forma de implantación que se propone es colocar el implante sobre el tapete escleral, que haya sido suturado de forma laxa con un solo punto o incluso ninguno, esperando que la presión del implante sobre el tapete regule también el flujo. Sin embargo ésta disposición resulta poco predecible y limita el acceso a los puntos y el tapete escleral en el postoperatorio.

*Técnica quirúrgica:* Proponemos una técnica de implante alternativa en la que el tapete escleral de la cirugía filtrante se sutura a nivel del limbo y márgenes laterales, pero sin suturar el tercio posterior del mismo bajo el cual se insinúa el extremo anterior del implante, de forma que pueda llegar a establecerse una cercanía razonable del implante con la filtración bajo el tapete sin llegar a la comunicación directa.

De esta manera se consigue un mejor y facilitado acceso a los puntos de sutura y a la identificación de las estructuras para realizar suturolisis o “needling” de ser necesarios.

Hemos comprobado que una leve presión posterior al tapete en el postoperatorio temprano suele ser muy efectiva en el establecimiento de mayor filtración si se precisa, permitiendo ser más conservador a la hora de suturar el tapete para evitar hipotonías tempranas.

No hemos encontrado complicaciones derivadas de la técnica propuesta.

*Conclusión:* Pensamos que esta técnica de empleo del implante Ologen es sencilla y otorga ventajas de acceso al tapete y suturas en el postoperatorio, aportando seguridad en el manejo de la presión intraocular postoperatoria, conservando la funcionalidad del implante y puede incorporarse a cada técnica filtrante particular.



CV08

## MANEJO DE PERFORACIÓN CONJUNTIVAL Y SEIDEL TARDÍO SECUNDARIOS A IMPLANTE XEN

Rubén ESCUDERO IGUALADA, Paulina NEIRA IBÁÑEZ, Camila Andrea VALENCIA PÉREZ,  
VicenteTomás PÉREZ TORREGROSA

*Introducción:* La colocación de implante Xen es una técnica microinvasiva para cirugía de glaucoma en la que se utiliza un tubo de colágeno de 6 mm para disminuir la presión intraocular, cuyas ventajas son su colocación a través de una incisión corneal sin abrir la conjuntiva y que se evita la filtración excesiva de otras técnicas. Presentamos un caso de perforación conjuntival y seidel tardío (18 meses) en un paciente intervenido con implante Xen, secundarios a un trayecto subconjuntival corto, que requirió de un nuevo tratamiento quirúrgico para resolverse.

*Técnica quirúrgica:* Se mide el trayecto subconjuntival del implante, siendo de 0,5 milímetros.

Mediante anestesia subconjuntival, se disecciona la conjuntiva, objetivándose una cápsula fibrosa rodeando el implante Xen en su trayecto subconjuntival.

Se realiza tracción del implante con una pinza para intentar extraerlo, sin embargo, éste se rompe debido a la fragilidad del material.

Se decide entonces disecar el implante, separándolo de la fibrosis que lo envuelve e intentar una segunda extracción con pinzas que fracasa de nuevo.

Finalmente se reseca la fibrosis y el implante a nivel escleral, y se cierra la conjuntiva dejando el implante con su trayecto en cámara anterior e intraescleral intactos.

*Conclusión:* La perforación conjuntival con seidel tras una cirugía con implante Xen es poco frecuente, pero posible. Puede ser tardía. En nuestro caso ha ocurrido a los 18 meses y relacionado con un trayecto subconjuntival corto (menor a 2 mm), siendo potencialmente grave debido al riesgo de infección e hipotonía.

El implante Xen está hecho de colágeno, material que se rompe con facilidad, y, un tiempo tras la cirugía, el trayecto intraescleral queda encajado y, si intentamos recolocararlo o extraerlo, la fuerza de tracción que hay que realizar va a provocar su ruptura. En estos casos, la mejor opción puede ser resecarlo a nivel escleral y cerrar de forma hermética la conjuntiva para evitar las posibles complicaciones.

CV09

### INDICACIONES ESPECIALES EN CIRUGÍA DE IMPLANTE XEN

José Ignacio SÁNCHEZ MARÍN, Juan IBAÑEZ ALPERTE, Iziar PÉREZ NAVARRO, Diana PÉREZ GARCÍA

*Introducción:* Las técnicas MIGS proveen un nuevo método para la disminución de la presión intraocular (PIO) en el campo de los glaucomas leves o moderados controlados con 1 o 2 fármacos y que en numerosas ocasiones se tienen que intervenir de cirugía de cataratas. Sin embargo, estos implantes pueden ser de utilidad en determinadas ocasiones en las que necesitemos una disminución de la PIO en pacientes que requieran un cuidado minucioso de la conjuntiva o una disminución del número de fármacos.

*Técnica quirúrgica:* Presentamos el caso de una paciente de 72 años con un glaucoma avanzado en tratamiento máximo intervenida previamente de trabeculectomía con mitomicina C (MMC) en dos ocasiones. Debido a la edad de la paciente, el adelgazamiento de la conjuntiva producido por las cirugías previas y al mal estado de la superficie ocular por el tratamiento glaucomatoso prolongado, nos planteamos una cirugía ab-interno que produjese una disminución de la PIO y que respetase la conjuntiva dañada.

Nos decantamos por una cirugía MIGS con un implante XEN en el sector nasal-superior, respetado por las trabeculectomías anteriores, y que nos dejase libre el sector temporal-superior para una posible válvula en el futuro. La cirugía se realizó mediante la técnica habitual con la realización de una ampolla subconjuntival de lidocaina y MMC al 0,02% pero utilizando una espátula a modo de barrera para que difundiera a la parte nasal y no a la zona quística. Posteriormente, se realizó implante del dispositivo XEN en el sector nasal-superior a través de una incisión de 2,2 milímetros.

*Conclusión:* Los implantes MIGS pueden ser una alternativa eficaz en determinados casos, fuera de sus indicaciones habituales, para disminuir la PIO, sobretodo en aquellos en los que nos interese una vía ab-interno que nos proteja la conjuntiva de otras técnicas más agresivas. Es por eso que se debe estudiar las indicaciones de los dispositivos MIGS para quizás, en el futuro, plantearlos en otras situaciones.

CV10

## RESECCIÓN DE QUISTE DERMOIDE CON INJERTO DE MEMBRANA AMNIÓTICA EN UN CASO DE SÍNDROME DE GOLDENHAR

Pablo Javier MAZAGATOS USED, Macarena PASCUAL GONZÁLEZ, Julia FAJARDO SÁNCHEZ, Guillermo Osvaldo GARCÉS MONSALVE

*Introducción:* El síndrome de Goldenhar, también conocido como displasia oculo-auriculo-vertebral, es una enfermedad poco frecuente caracterizada por la triada, normalmente unilateral, de microsomía craneofacial, quistes dermoides oculares y anomalías espinales. En un 50% de los casos de OAV se producen anomalías oculares, y entre ellas las más comunes el dermoide epibulbar y el lipodermoide.

*Técnica quirúrgica:* Presentamos el caso de un paciente de 7 años, diagnosticado de Síndrome de Goldenhar y que presentaba un quiste dermoide de 2.5x4.5mms en región perilimbar superior.

*Durante el seguimiento se evidenció la presencia de astigmatismo irregular y disminución de agudeza visual, que empeoró progresivamente con la edad, motivo por el cual se decide realizar tratamiento quirúrgico.*

La actitud a adoptar depende principalmente de la extensión en superficie del tumor, localización, crecimiento y repercusión estética. No obstante, la técnica quirúrgica a seguir continúa siendo objeto de debate.

En nuestro caso, el quiste dermoide presentaba un diámetro menor de 5mms y afectación superficial, por lo que se realizó la excisión del quiste junto con esclerectomía superficial e injerto de membrana amniótica, con regularización del astigmatismo irregular y mejoría de la agudeza visual.

*Conclusión:* Los quistes dermoides son tumores congénitos benignos compuestos por elementos de origen ectodérmico y mesodérmico, que pueden contener grasa, folículos pilosos y glándulas sebáceas.

El tratamiento se realizará en función de la valoración individual, en la cual el tamaño, número y localización son factores determinantes.

Entre las técnicas quirúrgicas, se recomienda la esclerectomía superficial en tumoraciones superficiales, la queratoplastia lamelar si hay invasión del estroma corneal y la queratoplastia penetrante con reconstrucción del segmento anterior en casos de afectación de estructuras profundas.

CV11

## **EVISCERACIÓN POR BUFTALMOS SECUNDARIO A GLAUCOMA CONGÉNITO: UN RETO QUIRÚRGICO Y ESTÉTICO**

Nuria GARCÍA GALLARDO, Salomé Alejandra ABENZA BAEZA, David MARTÍNEZ MARTÍNEZ, José María MARÍN SÁNCHEZ

*Introducción:* El glaucoma congénito primario es una entidad poco frecuente (afecta a 1 de cada 10000 nacidos vivos), con mayor incidencia en el sexo masculino, que suele presentarse de forma bilateral y asimétrica. Su etiopatogenia se relaciona con un drenaje defectuoso del humor acuoso por un desarrollo anormal del ángulo iridocorneal y se diagnostica por la existencia de turbidez corneal, buftalmos o asimetría ocular, lagrimeo, fotofobia o blefaroespasmio.

*Técnica quirúrgica:* Paciente varón de 17 años con buftalmos en ojo izquierdo debido a glaucoma congénito bilateral. Tras varias cirugías filtrantes, el paciente presenta amaurosis del ojo izquierdo con queratopatía cálcica que impide la oclusión palpebral, con importantes molestias oculares, por lo que se indica la evisceración del OI.

Se calcula el tamaño del implante de MEDPOR mediante una biometría del ojo contralateral, obteniéndose una longitud axial (LA) de 31 mm. Por lo que, a pesar de la diferencia de tamaño, se decide colocar un implante poroso de 23 mm, el más grande disponible en la actualidad.

La evisceración se realiza bajo anestesia general mediante la técnica de los cuatro pétalos con esclerotomía posterior 360°, y tras una buena evolución, se coloca una prótesis externa a los dos meses, con buen resultado estético y funcional.

*Conclusión:* En casos de buftalmos o en ojos con LA grande, la colocación de prótesis de MEDPOR de menor tamaño al requerido, por su falta de disponibilidad, no suele ser un problema estético para el paciente.

En estos casos, es menos relevante para extrusiones futuras de la prótesis, la realización de la esclerotomía posterior 360°, tal y como se describe en la modificación de la técnica en cuatro pétalos en 2003, debido al exceso de tejido escleral.

CV12

### **ABORDAJE QUIRÚRGICO DEL ENTROPIÓN CICATRICIAL EN EL SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON POSTNATAL**

Roberto MARTÍNEZ DÍAZ, Salomé ABENZA BAEZA, Marta RIQUELME CANO, Julián Ignacio BERMÚDEZ PÍO-RENDÓN

*Introducción:* Se presenta el caso de una niña de nueve años con entropion cicatricial debido al Síndrome de Stevens-Johnson que presentó a los ocho meses de edad. El Síndrome de Stevens-Johnson se describe como una reacción mucocutánea producida por hipersensibilidad a diversos factores tales como medicamentos, infecciones, neoplasias o enfermedades sistémicas. No obstante, hasta un 50% de los casos acontecen de forma idiopática, como ocurre con la paciente que presentamos. El proceso mucocicatrizante que tiene lugar en dicho síndrome puede dar lugar a fibrosis conjuntival y, en definitiva, entropion cicatricial.

Tras diversas intervenciones quirúrgicas, la paciente presenta alteraciones corneales, epífora continua e intensas molestias debido al entropion cicatricial acompañado de triquiasis que se observa en el párpado superior derecho y en los párpados inferiores de ambos ojos.

La última intervención realizada fue una técnica de fractura tarsal con interposición de injerto de mucosa labial y suturas eversoras en párpados inferiores de ambos ojos y una división de láminas en el párpado superior derecho, observándose buena evolución. Sin embargo, a los dos meses de la intervención, se perciben de nuevo pestañas triquiásicas por metaplasia del tejido, con empeoramiento del cuadro clínico.

Se lleva a cabo de este modo una nueva cirugía para solucionar los problemas presentados.

*Técnica quirúrgica:* Se realiza extirpación de tejido anómalo, división de láminas e injerto de membrana amniótica con suturas eversoras en párpado superior derecho y párpados inferiores de ambos ojos, obteniendo buen resultado, que se mantiene actualmente.

*Conclusión:* Las alteraciones conjuntivales y de superficie ocular, así como la metaplasia tarsal producidas por el Síndrome de Stevens-Johnson ocasionan una clínica oftalmológica compleja que puede requerir varias intervenciones para su resolución.

CV13

### TRATAMIENTO DE ENTROPION CICATRICIAL SEVERO DE PÁRPADO SUPERIOR UTILIZANDO ALOINJERTO ACELULAR

Jorge RIVERA SALAZAR, José Juan VALDÉS GONZÁLEZ, Javier GÁLVEZ MARTÍNEZ, Ángela BARRAJÓN RODRÍGUEZ

*Introducción:* El entropión cicatricial severo puede tener múltiples causas, en este caso se trata de un traumatismo con quemadura química importante de ambos ojos, que ha precisado tratamiento múltiples, entre otros injerto de membrana amniótica por simbléfaron.

El entropión cicatricial severo produce un importante acortamiento de la lámina posterior, por lo que una cirugía de separación de lamelas o una fractura tarsal no suelen ser suficientes para resolver esta situación.

En casos más severos es necesario poner un material entre la conjuntiva retraída y la lamela anterior que se recesiona, utilizamos un aloinjerto acelular –Tutoplast.

*Técnica quirúrgica:* Realizamos una separación de lamelas, incisión a nivel del pliegue, se abre músculo orbicular, se expone tarso, luego con cuchillete #15 abrimos línea gris, con tijeras unimos las dos incisiones. La incisión de unos 22 milímetros, empezando en el lado interno inmediatamente después del punto lagrimal. El Tutoplast se presenta en láminas rectangulares que pueden ser contadas preferiblemente en el sentido de las fibras.

Se ponen puntos de vicril 6/0, con doble aguja a 4 mm en tarso y el aloinjerto y se sale a piel inmediatamente por encima de la línea de pestañas. Se cierra reponiendo pliegue, y piel con seda 6/0.

*Conclusión:* El aloinjerto acelular –Tutoplast-, que se integra bien y es bien tolerado, nos sirve para dar más rigidez al tarso afectado y alejar las pestañas triquiásicas.

CV14

### **EXTIRPACIÓN DE SCHWANNOMA ORBITARIO DE GRANDES DIMENSIONES MEDIANTE ORBITOTOMÍA LATERAL CON VENTANA ÓSEA**

Manuel ROCA SANZ, Juan Miguel ESTEBAN MASANET, Juan Mariano VALLÉS MARTÍNEZ, Teresa JORDÁ CARDONA

*Introducción:* Los schwannomas son tumores benignos y encapsulados, originados en las células de Schwann, que componen la vaina de los nervios. Pueden aparecer de manera aislada, o asociados a neurofibromatosis. Su localización más habitual en la región oftálmica es la órbita.

*Técnica quirúrgica:* Paciente de 80 años con exoftalmos derecho progresivo de 6 meses de evolución. Mediante resonancia magnética se detectó una masa orbitaria con límites bien definidos en la región extraconal lateral. Se realizó una orbitotomía lateral con cantotomía, y tras ésta una extracción del reborde orbitario lateral para poder extirpar el tumor a través de la ventana ósea creada. Finalmente, se colocó un drenaje, se reconstruyó el reborde lateral de la órbita y se cerró la incisión.

*Conclusión:* Los schwannomas no tienen signos clínicos ni radiológicos patognomónicos. El tratamiento ideal consiste en una resección completa, con su cápsula íntegra. Dependiendo de su localización, y de la adherencia con otros tejidos, la resección parcial puede ser una alternativa, aunque aumenta el riesgo de recidiva.

El abordaje quirúrgico dependerá de la localización y del tamaño del tumor. En nuestro caso, las dimensiones de la masa obligaron a la extracción del reborde orbitario lateral. Esto permitió, a través de la ventana ósea, una manipulación más fácil del Schwannoma.

CV15

## ABORDAJE TRANSCONJUNTIVAL EN REPARACIÓN DE FRACTURA DE SUELO ORBITARIO EN NIÑO

Javier A. SALINAS LÓPEZ, José J. MONDÉJAR GARCÍA

*Introducción:* Las fracturas de suelo constituyen las más frecuentes de la órbita; siendo el mecanismo más común por estallido o «blow-out».

Se presenta el caso de un paciente varón de 14 años con fractura del suelo orbitario tipo «blow-out» con atrapamiento muscular en el trazo de fractura y desplazamiento parcial de los contenidos intraorbitarios hacia el seno maxilar con clínica compatible y correlación con prueba de imagen; intervenido a los 7 días del evento mediante un abordaje transconjuntival.

*Técnica quirúrgica:* Se procede a realizar una cantotomía lateral y cantolisis inferior con el fin de lograr una total relajación del párpado inferior; a través de la conjuntiva tarsal por debajo del borde inferior del tarso se efectúa una incisión amplia horizontal que nos permita dividir la lamela posterior (conjuntiva y músculos retractores) de la lamela anterior (piel y músculo orbicular). Tomamos con un punto de seda la lamela posterior que nos posibilite hacer una disección roma por el espacio preseptal hasta el reborde orbitario inferior, una vez allí, seccionamos el periostio del reborde anterior de la órbita. Utilizando un periostotomo elevamos la periórbita para así acceder al piso orbitario y a la fractura.

Procedemos a la liberación de los contenidos orbitarios atrapados evitando su sección. Colocamos un implante de polietileno poroso con la finalidad de restaurar el contorno óseo de la cavidad. Cerramos la periórbita y las lamelas en 2 planos con suturas de ácido poliglicólico 6/0. Reconstrucción del canto externo al finalizar.

*Conclusión:* El abordaje transconjuntival en la reparación de las fracturas del suelo de la órbita constituye una técnica cómoda para exponer el suelo orbitario; presenta como ventajas no precisar cicatrices cutáneas y minimizar el riesgo de ectropión en el postoperatorio. Dicha técnica puede ser aplicada tanto en pacientes adultos como en pediátricos.



CV16

### **CIRUGÍA RADICAL DE CARCINOMA ESCAMOSO DE CARÚNCULA**

José J. VALDÉS GONZÁLEZ, Jorge RIVERA SALAZAR, Javier GÁLVEZ MARTÍNEZ, Sonia LÓPEZ ROMERO

*Introducción:* Presentamos la cirugía reconstructiva en un carcinoma espinocelular caruncular. A la paciente de 46 años previamente se le había realizado una extirpación-biopsia de la lesión de crecimiento rápido. Se trató con mitomicina C tópica coadyuvante 3 veces al día durante tres semanas, previo a la cirugía radical.

*Técnica quirúrgica:* Extirpamos la parte medial de ambos párpados, ángulo interno y vía lagrimal. En la reconstrucción realizamos colgajo de Tenzel, colgajo de Hughes modificado, Colgajo glabellar y tiras de fascia lata liofilizada.

*Conclusión:* Los carcinomas espinocelulares de carúncula son extremadamente raros. Se debe realizar una cirugía con margen amplio debido a la continuidad con la órbita y el riesgo de recidiva local, con la consecuente necesidad de exenteración. Se puede realizar tratamiento coadyuvante con radioterapia. En nuestro caso, no la ha necesitado por la amplitud en los márgenes.

CV17

### DESCEMETORREXIS EN PACIENTE CON DISTROFIA DE FUCHS

M.<sup>a</sup> Teresa IRADIER URRUTIA, Paula BAÑEROS ROJAS, Laura PALMERO FERNÁNDEZ, Diego RUIZ CASAS

*Introducción:* Las técnicas de trasplante corneal lamelar aparecen por la tendencia generalizada hacia la cirugía mínimamente invasiva. En este contexto se han desarrollado, como tratamiento de la distrofia corneal endotelial de Fuchs (DCEF), procedimientos quirúrgicos independientes de injerto corneal como la descemetorrexis. En la actualidad podemos afirmar que no todos los pacientes con DCEF van a requerir un trasplante endotelial para su recuperación visual, pudiendo alcanzarse ésta mediante la realización de una descemetorrexis asociada a la facoemulsificación en los pacientes con DCEF y catarata. En este video presentamos el caso de una paciente de 65 años a la que practicamos esta técnica.

*Técnica quirúrgica:* Tras la facoemulsificación convencional y posterior implante de lente intraocular se procede al marcado circular corneal de los 4 mm centrales. Con la cámara anterior llena de viscoelástico se procede a la realización cuidadosa y centrípeta de la descemetorrexis con un Sinsky invertido. La paciente pasó de una agudeza visual (AV) preoperatoria de 0,3 a una AV de 0,8 a los tres meses después de la intervención.

*Conclusión:* La cirugía de la catarata asociada a una descemetorrexis consigue buenos resultados visuales y disminución del edema corneal en pacientes seleccionados con DCEF, evitando así un trasplante endotelial con sus riesgos asociados. Según diferentes autores esta técnica solo debe practicarse en casos de DCEF en los que se observa remanente de células endoteliales periféricas y en los que la creación de un espacio vacío mediante la descemetorrexis estimularía la migración de las células periféricas a la córnea central recuperándose así la transparencia.

CV18

### QUERATOPROTESIS DE BOSTON TIPO I STEP BY STEP

Óscar MARTÍN MELERO, José M. GRANADOS CENTENO, Victoria ARENAS MARTÍNEZ, Alfonso GÓMEZ CORTÉS

*Introducción:* La queratoprótesis (KPro) de Boston tipo 1 se ha convertido en un procedimiento de elección en pacientes que necesitan trasplante de córnea y que presentan importante insuficiencia limbar o ya han rechazado trasplantes de córnea anteriormente y que mantienen buena función palpebral y una adecuada superficie ocular. Presentamos la cirugía "paso a paso" de una KPro en un varón de 68 años.

*Antecedentes personales:* Insuficiencia limbar bilateral secundaria a causticación ocular hace unos 35 años: opacificación corneal bilateral (severa OD, moderada-severa OI).

*Queratoplastia penetrante + trasplante de membrana amniótica OD en febrero 2003 con evolución a fracaso tardío de injerto corneal.*

*Cirugía de simblefaron + trasplante de membrana amniótica OD en abril 2004*

*Cirugía de catarata OD + implante de lente intraocular en junio 2005.*

*Exploración previa a cirugía:*

*Agudeza visual de cuenta dedos en ojo derecho. 0.2 en ojo izquierdo.*

*-OD Simblefaron inf severo (central, alcanza perif corneal). No signos de actividad inflamatoria.*

*Opacificación corneal generalizada moderada-severa. Vascularización corneal severa (4 cuadrantes, afectación central) asociada a irregularidad epitelial corneal. Cámara anterior profunda. Pseudofaquia-LIO endosacular.*

*OI:* No signos inflamatorios. Pannus superficial periférico nasal. Leucomas corneales superficiales afectación central-paracentral).

*Conclusión:* El empleo de la KPro de Boston tipo 1 constituye una opción terapéutica útil en pacientes con alteraciones severas de la superficie ocular con insuficiencia limbar, generalmente secundarias a causticaciones y quemaduras oculares, ó enfermedades congénitas como la aniridia, que estaban prácticamente desahuciados y en los que la queratoplastia tradicional tendría muy baja probabilidad de éxito.

CV19

### PERLAS EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PTERIGION RECURRENTE

Laura PALMERO FERNÁNDEZ, M.<sup>a</sup> Teresa IRADIER URRUTIA, Paula BAÑEROS ROJAS, Ricardo CUIÑA SARDIÑA

*Introducción:* En este vídeo se muestran los pasos quirúrgicos, junto con imágenes y datos clínicos, describiendo los puntos clave o «perlas quirúrgicas» para obtener resultados satisfactorios en la cirugía del pterigion recurrente. El objetivo principal de la cirugía del pterigion debe ser evitar su recidiva, a la vez que obtener buenos resultados cosméticos para el paciente.

*Técnica quirúrgica:* En este caso clínico de un paciente varón de 30 años, con pterigion recurrente asociado a simbléfaron después de múltiples intervenciones quirúrgicas, se realiza una queratoplastia lamelar periférica tras resección del pterigion y simbléfaron, con reconstrucción de fondos de saco con trasplante de membrana amniótica. En primer lugar, se disecciona cuidadosamente el cuerpo del pterigion y el tejido fibrovascular. A continuación, se realiza la disección de la Tenon y de la fibrosis, con resección del simbléfaron, liberando las adherencias tisulares. Utilizando un trépano y un cuchillete crescent se lleva a cabo una disección lamelar de la córnea receptora, creando un bolsillo en los bordes del lecho corneo-escleral. Posteriormente, este tejido corneo-escleral se debe cubrir con una lamela corneal donante, suturada con puntos sueltos de nylon 10-0, para evitar Dellen y recidiva del pterigion. Finalmente, se procede a reconstruir los fondos de saco con un parche de membrana amniótica cubriendo la superficie ocular completamente y fornix, para modular la reepitelización y cicatrización, y se coloca un conformador. Tras 2 años de seguimiento, el paciente mantiene buena agudeza visual, y la lamela corneal donante se encuentra completamente integrada en el tejido receptor, sin signos de rechazo o recurrencia del pterigion.

*Conclusión:* La queratoplastia lamelar periférica ha obtenido excelentes resultados, tanto anatómicos como estéticos, en el manejo quirúrgico del pterigion recurrente con fibrosis extensa y restricción de la motilidad ocular o simbléfaron.

CV20

### QUERATOPLASTIA PENETRANTE EN CALIENTE CON INJERTO DE MEMBRANA AMNIÓTICA EN ABSCESO CORNEAL POR ACANTHAMOEBA

Macarena PASCUAL GONZÁLEZ, Pablo J. MAZAGATOS USED, Blanca GARCÍA VALCÁRCEL, Manuel CADENA SANTOYO

*Introducción:* La Acanthamoeba es un género de ameba de vida libre capaz de causar cuadros de queratitis y abscesos corneales. Clásicamente afecta a portadores de lentes de contacto blandas con malas condiciones de higiene, insuficientes hábitos de limpieza, o bien por su utilización en piscinas. La infección por Acanthamoeba puede originar necrosis corneal severa y extensa que precisa, no rara vez, de queratoplastia penetrante en caliente.

*Técnica quirúrgica:* Presentamos el caso de un paciente joven, socorrista de piscina, miope no magno y usuario de lentes de contacto blandas de recambio mensual, que acude a urgencias con un absceso corneal en ojo izquierdo (OI). Como antecedentes, refiere abuso de lentes de contacto y malos hábitos higiénicos.

La agudeza visual era menor de 0.05 y en la biomicroscopía se apreciaba una intensa escleritis difusa, córnea con infiltrado anular central de 5x5mm, precipitados retroqueráticos centrales e hipopion de 3 mm.

Tras realizar raspado corneal y microscopía confocal se obtiene el diagnóstico de absceso corneal por Acanthamoeba spp, la cual cursa con empeoramiento progresivo a pesar del uso de antibióticos reforzados, clorhexidina, brolene y voriconazol, por lo que se indica tratamiento quirúrgico.

Se realiza un primer injerto de membrana amniótica, pero recidiva a las pocas semanas, por lo que se decide llevar a cabo una queratoplastia penetrante en caliente, con botón de 8.5mm e injerto de membrana amniótica, motivo de nuestro vídeo.

En el postoperatorio hay una gran mejoría, sin embargo se objetiva la aparición de catarata con múltiples vesículas subcapsulares anteriores, susceptible de tratamiento quirúrgico.

*Conclusión:* Con el empleo de protocolos y nuevos medicamentos ha disminuido drásticamente la indicación de queratoplastia en pacientes con absceso corneal por ameba, sin embargo, cuando se lleva a cabo hay un alto riesgo de complicaciones, como el desarrollo de catarata en el postoperatorio.

Sin interés comercial.

CV21

### **VITRECTOMÍA EN DESGARRO GIGANTE DE MÁS DE 300°**

Carlos D. BLANDO LABRANDERO, Carlos SJÖHOLM GÓMEZ DE LIAÑO, Laura A. LIMA MODINO

Paciente de 29 años acude a urgencias por pérdida de visión aguda e indolora en OD.

Como antecedentes personales refiere "cirugía del OD" por catarata congénita en la infancia. Presenta una agudeza visual mejor corregida en el momento de la exploración en urgencias de percepción de luz que discrimina entre colores. La exploración oftalmológica revela afaquia en el OD Pío de 8 mm Hg y desprendimiento de retina con desgarro gigante.

Se opera de urgencias a las 24 horas mediante vitrectomía por pars plana con 23G tras previa colocación de canchos de iris. Replicación de la retina con perfluorocarbono, retinectomía de bordes del desgarro que se extiende de II a XI. (>300 grados). Fotocoagulación del desgarro y de la retina 360 grados. Intercambio líquido aire. C3F8 l 16 % como tamponade.

A los 6 meses AV de Cd a 1 metro. Retina aplicada.

CV22

## VITRECTOMÍA Y TOMOGRAFIA DE COHERENCIA OPTICA EN ENDOFTALMITIS POR CÁNDIDA

Bruno F. CASCO SILVA, Mónica ASENCIO DURÁN, Armelle SCHLINCKER GIRAUD

*Introducción:* La candidiasis ocular suele ser indolente, aunque en ocasiones progresa de coriorretinitis a vitritis y endoftalmitis. La endoftalmitis endógena candidiásica puede ser devastadora para la visión. La tomografía de coherencia óptica (OCT) puede proveer información detallada en estos pacientes que, anteriormente, solo se obtenía mediante estudio histopatológico. La vitrectomía está indicada en los casos de endoftalmitis no respondedora al tratamiento antifúngico intravenoso (TFI) o intrevítreo y para la toma de biopsias.

Paciente de sexo femenino con coriorretinitis candidiásica endógena bilateral. En el OI, descubrimos múltiples lesiones coriorretinianas. La OCT demostró el traspaso de la lesión candidiásica a través de la retina hacia la cavidad vítrea, como en «fuegos artificiales» (tipo 2). Además se observó una lesión «en domo o cúpula» con protrusión de la RPE (tipo 3) y lesiones tipo 1. No se observó mejoría ante el TFI, ni ante dos inyecciones de voriconazol intravítreo (VI). Posteriormente, se indicó vitrectomía con biopsia vítrea. Durante el procedimiento se observamos múltiples focos diseminados periféricos. Tras la vitrectomía hubo con excelente respuesta.

*Conclusión:* La OCT puede proveer información detallada sobre la Coriorretinitis por Cándida. El análisis a tiempo real de las lesiones ayuda a la toma de decisión clínico-terapéutica y puede ofrecer una nueva visión en la coriorretinitis/endoftalmitis candidiásica. La vitrectomía es útil para la toma de biopsia y ante la falta de respuesta a los antifúngicos.

CV23

### **VITRECTOMÍA CON OCT INTRAOPERATORIA Y TÉCNICA DE FLAP INVERTIDO EN UNA PACIENTE CON DESPRENDIMIENTO MACULAR ASOCIADO A FOSETA PAPILAR Y COLOBOMA DE NERVIO ÓPTICO**

Jaume CATALÀ MORA, Elisa JIMÉNEZ TIRADO, Judith MONTEMAYOR FREIXES, María NOVELLA CALO

*Introducción:* El desprendimiento de retina macular es una complicación relativamente frecuente de la fovea papilar. Se han propuesto diversas técnicas para su tratamiento: láser, vitrectomía con endoláser y gas, pelado de la membrana limitante interna.

Presentamos un caso de una niña de 6 años con pérdida visual asociada a desprendimiento de retina macular secundaria a una fovea de nervio óptico y coloboma coriorretiniano asociado en su ojo derecho.

*Técnica quirúrgica:* Se realiza vitrectomía vía pars plana 25G con extracción de hialoides posterior asistida con triamcinolona, tinción con azul dual y extracción de la membrana limitante interna con colocación de flap invertido dentro de la fovea papilar. No se aplica láser alrededor de la fovea y se procede a un intercambio suero-aire-SF6 al 20%. Se presentan imágenes de tomografía de coherencia óptica pre, intra y post-quirúrgicas.

*Conclusión:* La vitrectomía con pelado de la membrana limitante interna y flap invertido e intercambio con SF6 al 20% es una técnica capaz de resolver el desprendimiento de retina macular asociado a fovea papilar en pacientes pediátricos.

La OCT intraoperatoria es una herramienta adicional que mejora la visualización de las estructuras intraoculares, facilitando el tratamiento de patologías complejas.



CV24

### **ABORDAJE DEL DESPRENDIMIENTO DE RETINA POSTRAUMÁTICO**

Carlos CAVA VALENCIANO, M.<sup>a</sup> Nieves LOZOYA MORENO, Francisca DEL VALLE CEBRIÁN,  
Inmaculada PAÑOS PALACIOS

*Introducción:* En este video se presenta un caso de traumatismo perforante con DR secundario. Se realiza una cirugía combinada con colocación de cerclaje y VPP 20G. De una forma didáctica se describen los distintos pasos de la cirugía, principales complicaciones en este tipo de casos y forma de abordarlas.

*Técnica quirúrgica:* Paciente con traumatismo perforante que causa herida en limbo esclerocorneal inferior de 120° con pérdida de cristalino y hemorragia vítrea. Tras el cierre de la herida en urgencias, se realiza reparación del DR secundario en un segundo tiempo.

Después de precolocar una banda de 2,5 mm, se realiza la vitrectomía. Pondremos una cánula de infusión de 6 mm para evitar la inserción de la misma en el espacio subretiniano. Es importante la eliminación cuidadosa de la sangre y fibrina sin dañar la retina desprendida. Con la ayuda del PFCL iremos aplanando la retina e identificando todas las roturas. Es importante hacer una buena limpieza de toda la base del vítreo. Finalmente se realiza un fotocerclaje para evitar dejar alguna rotura sin tratar, y haremos un intercambio liq-aire –silicona.

*Conclusión:* El DR postraumático supone siempre un reto quirúrgico donde es fundamental una técnica quirúrgica cuidadosa y bien planificada.

CV25

### **CIRUGÍA DE EXTRACCIÓN DE CATARATA CON OZURDEX INTRACRISTALINIANO: LUXACIÓN ESPERADA A CÁMARA VÍTREA Y SU RESOLUCIÓN**

Rodrigo CLEMENTE TOMÁS, Delia HERNÁNDEZ PÉREZ, Francisco FARÍAS ROZAS, Raúl TORRECILLAS PICAZO

*Introducción:* El ozurdex® es un implante estéril de liberación sostenida de dexametasona para inyección intravítrea. Su inyección accidental en el cristalino en el momento de la implantación es una complicación infrecuente.

*Una de las posibles consecuencias de esta complicación es el desarrollo de catarata de forma rápidamente progresiva. La facoemulsificación de la catarata en estos casos supone un reto quirúrgico. Presentamos el caso de una facoemulsificación de catarata desarrollada por inyección accidental de ozurdex® intracristalino. La cirugía se complicó con la luxación del cristalino a cámara vítrea.*

*Técnica quirúrgica:* El cristalino de nuestro paciente presentaba el ozurdex® alojado en su interior. Por este motivo la cápsula posterior estaba rota y al comenzar la facoemulsificación se produjo la luxación del cristalino a cámara vítrea. Ésta era una situación prevista y se reconvirtió el procedimiento a una vitrectomía 23G para extracción del cristalino luxado y de los fragmentos de ozurdex. Para proteger el polo posterior durante la cirugía se empleó perfluorocarbono. Una vez terminada la vitrectomía se colocó una lente intraocular (LIO) en sulcus.

*Conclusión:* La cirugía de extracción de la catarata producida por la inyección accidental del ozurdex® en el cristalino supone un reto quirúrgico para el oftalmólogo. Esto se debe a la rotura de la cápsula posterior que produce el dispositivo de dexametasona al introducirse en el cristalino. Este hecho hace muy probable la luxación del cristalino a cámara vítrea durante la facoemulsificación. En estos casos es aconsejable estar preparado para la reconversión de la facoemulsificación en una vitrectomía. Se debe intentar realizar una capsulorrexis de pequeño tamaño para mantener un soporte adecuado para la colocación posterior de la LIO en sulcus.

CV26

## **INTERESTELAR: CIENTOS DE CRISTALES INTRARRETINIANOS EN UN DESPRENDIMIENTO DE RETINA DE 12 AÑOS DE EVOLUCIÓN**

Sandra MACÍAS FRANCO, Jesús DÍAZ CASCAJOSA, Jaume CATALÀ MORA

*Introducción:* La presencia de opacidades refráctiles en la superficie y capas internas de la retina es un hallazgo infrecuente que aparece en desprendimientos de retina (DR) de larga evolución de pacientes sin enfermedades sistémicas como la cistinosis ni tratamientos sistémicos como el tamoxifeno, asociadas a la aparición de cristales en la retina. Pese a que encontramos esta asociación en la literatura en 1958, se desconoce la verdadera etiología de este fenómeno y no hay consenso al respecto. Diversos autores defienden que se trata de productos secundarios a la separación de la membrana limitante interna o incluso que se asocia a degeneración de los fotorreceptores. Realmente todos podrían apuntar hacia el mismo origen, el oxalato cálcico producido durante el metabolismo del ácido ascórbico presente en altas concentraciones en los fluidos oculares.

*Caso:* Se presenta un caso de una paciente de 15 años de raza negra con antecedente de DR de 12 años de evolución. La paciente fue intervenida mediante VTM pars plana con liberación de membranas proliferativas, inyección de perfluorocarbono e intercambio aire-aceite de silicona. La agudeza visual fue de percepción luminosa que persistió sin mejoría tras la intervención. Se muestra la edición del vídeo de la cirugía donde se pueden observar en todo momento cientos de opacidades refráctiles intrarretinianas que se extienden desde el polo posterior hasta la retina media-periférica.

*Conclusión:* Ante el hallazgo de cristales retinianos y ausencia de enfermedades sistémicas o antecedentes de tratamientos predisponentes, deberemos realizar una exhaustiva exploración de la retina buscando DR o diálisis por lo que puede ser un signo clave.

La infrecuencia de esta entidad, junto con la dificultad de obtener una muestra válida para el análisis de laboratorio así como la aparente benignidad, apoyan la incertidumbre sobre su origen que parece relacionado con fenómenos metabólicos en los fluidos intraoculares.

CV27

### **ABORDAJE QUIRÚRGICO EN UN CASO CON UN DESGARRO GIGANTE TRAUMÁTICO Y DESPRENDIMIENTO DE RETINA CON IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRAOCULAR PLEGABLE Y PRÓTESIS DE IRIS PARA ANIRIDIA Y AFAQUIA**

Diego RUIZ CASAS, Beatriz GONZALO SUÁREZ, Federico PERALTA ITURBURU

*Propósito:* Describir una cirugía en dos tiempos para un caso con un desgarro gigante traumático y desprendimiento de retina con implante secundario de lente intraocular plegable y prótesis de iris usando un inyector de lente intraocular común levemente modificado.

*Método:* Un paciente de 76 años con una herida abierta con ruptura ocular en el limbo corneal nasal en su ojo derecho (OD), fue remitido para corrección de un desprendimiento de retina asociado a un desgarro gigante, aniridia y afaquia. La agudeza visual era de movimiento de mano en OD. El segmento anterior mostró aniridia y afaquia completa. La evaluación del polo posterior confirmó la sospecha de desprendimiento de retina con desgarro gigante de 150°. La primera cirugía fue una vitrectomía vía pars plana (VPP), pelado de membrana limitante interna (MLI), retinopexia láser y tamponamiento con gas (C3F8). Tras la resolución del desprendimiento de retina se realizó, 8 meses después, un implante de lente intraocular (LIO) secundario junto con iris protésico. Para esta cirugía se realizó una peritomia con dos flaps esclerales de las XII y VI horas. Se realizaron dos túneles esclerales con una lanceta de 23G. La prótesis de iris se cortó usando un punch corneal de 10 mm usando como referencia la medida blanco-blanco. Una LIO de tres piezas se ancló a la prótesis de iris y se introdujo en el inyector de lente modificado mediante el corte de la parte anterior para aumentar el tamaño del cono de salida para ser insertado el complejo por una incisión corneal de 3.5mm. Las hápticas se colocaron dentro del túnel y el flap esclera. Se realizó un cierre mediante sutura de las estructuras.

*Resultados:* Tres meses después de la cirugía la visión fue de 20/70. Se redujo significativamente la fotofobia y mejoró el aspecto estético. No hubo complicaciones postquirúrgicas con un complejo iris-LIO estable en el seguimiento.