



Casos Clínicos y Maniobras Quirúrgicas de interés

CC01

ÍNDICE TOMOGRÁFICO Y BIOMECÁNICO (TBI) EN UNA MUESTRA DE QUERATOCONOS ASIMÉTRICOS

José SALGADO-BORGES, Ana R. SILVA, Anabela BORGES, José M. GONZÁLEZ-MÉIJOME

Introducción: En este estudio comparamos los valores de los índices biomecánicos, tomográficos y combinados en un conjunto de córneas queratocónicas y de las contralaterales no afectadas clínicamente y tomográficamente por la enfermedad.

Se utilizaron Corvis ST y Petacam (Oculus, Wetzlar) para realizar un análisis biomecánico y tomográfico de la córnea. Se utilizaron los algoritmos más recientes para derivar el índice biomecánico corneal (CBI) de Corvis y el índice de desviación Belin-Ambrosio BAD D. Con la información combinada se obtuvo el índice tomográfico y biomecánico (TBI) para las córneas queratocónicas y las córneas contralaterales no afectadas. Se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon para comparar parámetros tomográficos y biomecánicos entre ambos ojos de los sujetos.

Casos Clínicos: Ambas las córneas de 8 pacientes con queratocono unilateral fueron incluidas en el estudio (4 varones, 4 mujeres, $26,63 \pm 10,29$ años). La lectura queratométrica máxima (Kmax) fue de $56,54 \pm 10,27D$ y $45,95 \pm 2,38D$, respectivamente en queratocono y córneas normales ($p = 0,012$). El espesor corneal más delgado fue significativamente más delgado en el ojo queratocónico en comparación con el ojo no afectado ($476,50 \pm 69,14$ vs $517,88 \pm 43,58$ micrones, $p = 0,017$). El parámetro CBI fue significativamente mayor en el grupo queratocónico ($0,82 \pm 0,37$ vs $0,25 \pm 0,34$, $p = 0,018$) y también en el valor BAD D ($0,82 \pm 0,37$ vs $0,25 \pm 0,34$, $p = 0,017$). El índice TBI también fue mayor en el grupo queratocónico, pero la diferencia fue marginalmente significativa ($0,90 \pm 0,28$ vs $0,58 \pm 0,45$, $p = 0,043$).

Conclusión: En 5 de los ojos considerados no afectados por la enfermedad utilizando definiciones clásicas, al menos dos de los tres índices (CBI, BAD D y TBI) se consideraron límite o indicativo de patología. Los índices proporcionados por el análisis combinado de Pentacam y Corvis ST podrán ser de grande ayuda en la clasificación de casos límite típicamente asumidos como córneas normales no patológicas.

CC02

GONIOTOMIA CON DISPOSITIVO KAHOOK DUAL BLADE EN PACIENTE ADULTOS GLAUCOMATOSOS: 12 MESES DE SEGUIMIENTO

Carlos E. CHAU RAMOS, Jesús JIMÉNEZ ROMAN, Gabriel LAZCANO GÓMEZ, Julia A. FAJARDO SÁNCHEZ

Propósito: Evaluar la eficacia y seguridad de la Goniotomía, realizada con el dispositivo Kahook Dual Blade (KDB) en ojos de pacientes adultos con diagnóstico de Glaucoma.

Método: Estudio multicéntrico, prospectivo con la participación de 8 cirujanos. Se incluyó 122 pacientes con glaucoma (primarios y secundarios). Éstos fueron sometidos a Goniotomía con dispositivo KDB y visualización gonioscópica directa. La experiencia de los cirujanos y los datos de los resultados clínicos se recopilaban prospectivamente durante 12 meses.

Resultados: 96-98% de los casos fueron calificados como totalmente de acuerdo con que el uso de KDB fue intuitivo y sin complicaciones. La PIO inicial media fue de $17,4 \pm 5,2$ mmHg con $1,6 \pm 1,3$ medicamentos. La variación media de la PIO se encontró entre 12,5-13,7 mmHg durante el seguimiento ($p < 0,001$). A los 12 meses, la reducción media de la PIO fue de -4,7 mmHg (27%, $p < 0,001$), el 60,3% había logrado más del 20% de reducción de la PIO basal, el 100% tenía PIO < 18 mmHg en todos los momentos y el 63,8% menos medicamentos. El hipema autolimitado ocurrió en 28 ojos.

Conclusiones: La Goniotomía con KDB dio como resultado una disminución significativa y sostenida de la PIO así como una disminución en el uso de medicación a los 12 meses de seguimiento.

CC03

EMPLEO DE STAB INCISIÓN GLAUCOMA SURGERY EN UN PACIENTE CON GLAUCOMA CONGÉNITO

Ilias EL BOUTAIBI FAIZ, Aurora DEL ESTAD CABELLO, Luisa M.^a VIZUETE RODRÍGUEZ, M.^a R. LEON FERNÁNDEZ

Introducción: El Glaucoma congénito es una de las causas más importantes de ceguera en la infancia teniendo un difícil manejo. La cirugía de SIGS (Stab Incisión glaucoma Surgery) es una nueva técnica modificada de la trabeculectomía en la que se emplea un túnel escleral con una menor disección de la conjuntiva. Describimos el empleo de esta técnica en un paciente previamente intervenido con 3 cirugías.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 2 años de edad diagnosticado de glaucoma congénito en ambos ojos remitido para valorar tratamiento quirúrgico. A la exploración oftalmológica presentaba corneas edematosas, presión intraocular (PIO) de 30 mmHg en ambos ojos y ecografía con eje anteroposterior de 20.5 mm en ojo derecho y 20.7mm en el ojo izquierdo. Se realizó trabeculotomía nasales y posteriormente trabeculotomía temporal en los dos ojos sin control de la PIO.

Posteriormente se implantó una válvula de Ahmed en el cuadrante temporal del ojo derecho y se realizó cirugía según la técnica del SIGS en el ojo izquierdo.

Tras 8 meses de seguimiento, las corneas están transparentes, manteniéndose la PIO en ojo derecho en 18 mmHg con tratamiento hipotensor. En el ojo izquierdo la PIO es de 12mmHg sin tratamiento hipotensor.

Conclusión: El SIGS podría ser una buena opción terapéutica en pacientes con glaucoma congénito refractario al tratamiento quirúrgico convencional. Tras la revisión de la bibliografía no hemos encontrado el empleo de esta técnica en niños con glaucoma congénito.

CC04

ALTERNATIVAS EN CIRUGÍA DE GLAUCOMA CON SUPERFICIE OCULAR DAÑADA

Isabel GESE BORDILS, Laura GUERRERO ALTARES, Nicolas ALEJANDRE ALBA, Raquel CASTRO FLOREZ

Introducción: Recientemente están apareciendo nuevas herramientas biomédicas encaminadas a reducir y mejorar el proceso de reparación y cicatrización tisular, como el PRGF®-Endoret® un concentrado de factores de crecimiento y otras proteínas obtenidos del plasma de propio paciente. Este avance puede ser de especial relevancia en la cirugía de glaucoma donde es sabido que la cicatrización es una de las principales causas del fracaso quirúrgico. Presentamos el primer caso del uso de este material en el implante de una válvula de Ahmed.

Caso clínico: Mujer de 31 años que acude a nuestro centro en 2014 con diagnóstico de glaucoma pseudoexfoliativo bilateral familiar intervenido quirúrgicamente en varias ocasiones (3 trabeculectomías y 1 facoemulsificación con implante de lente intraocular en ojo izquierdo (OI) en 2012 y 1 trabeculectomía en ojo derecho(OD) en 2013), con una agudeza visual en OD 1.0 y OI 0.6, y presión intraocular (PIO) en ambos ojos de 18 mmHg en tratamiento con dos fármacos. Durante el seguimiento, cursa con descompensación corneal en OI post cirugía de catarata, por lo que se realiza un trasplante corneal (DSAEK). Tras la cirugía, no se consigue un buen control de la PIO a pesar de tratamiento médico máximo, por lo que se propone colocación de válvula Ahmed en cámara anterior. A los dos meses se produce extrusión del tubo valvular. Esto junto con el inicio del fracaso del trasplante corneal, lleva a la recolocación de tubo valvular a cavidad vítrea, con injerto escleral y cierre conjuntival con colocación de PRFG en forma de coágulo y malla de fibrina consiguiendo un buen recubrimiento tisular de la zona valvular y control de la PIO en el postoperatorio.

Conclusión: La malla de fibrina de PRGF es un material novedoso con escasas publicaciones de su empleo en la cirugía de glaucoma. El uso de PRGF puede ser una alternativa más a tener en cuenta en el tratamiento quirúrgico del glaucoma, especialmente en aquellos casos con superficie ocular dañada.

CC05

IMPLANTE EXPRESS COMO MANEJO QUIRÚRGICO DEL GLAUCOMA SECUNDARIO A TRASPLANTE CORNEAL

Trinidad INFANTE LEÓN, Marta PRADAS GONZÁLEZ, Esperanza LÓPEZ MONDEJAR, José M. ZARCO TEJADA

Introducción: El control de la presión intraocular (PIO) en los pacientes intervenidos de trasplante corneal es fundamental para la supervivencia del injerto. Es importante iniciar un manejo de la PIO teniendo en cuenta que hay que evitar el uso tópico de fármacos inhibidores de la anhidrasa carbónica por la posible descompensación endotelial del injerto

Casos Clínicos: Presentamos tres pacientes con trasplante corneal en los que se produce una elevación de PIO refractaria al tratamiento hipotensor en el postoperatorio. El primero era un trasplante lamelar endotelial tipo DMEK, el segundo un trasplante lamelar endotelial tipo DSAEK y el tercero una queratoplastia penetrante. Los tres pacientes presentaron una elevación de PIO de alrededor de 40 mmHg entre el primer y segundo mes tras la cirugía corneal. La PIO no llegó a controlarse con la combinación de un agonista α -2 asociado a β -bloqueante, un análogo de la prostaglandina, un inhibidor de la anhidrasa carbónica oral y la reducción del tratamiento corticoideo tópico. Se decidió proceder al implante de un dispositivo Express + mitomicina C consiguiéndose controlar la PIO sin necesidad de tratamiento tópico posterior.

Conclusión: Cuando a pesar de un tratamiento hipotensor máximo no se consigue el control de la PIO hay que plantearse un tratamiento quirúrgico como siguiente paso. El implante Express es una buena opción en estos casos por su facilidad de colocación y porque es menos lesivo para el endotelio corneal que una válvula de Ahmed al localizarse en el ángulo.

CC06

MANEJO DE LA EXPOSICIÓN CONJUNTIVAL Y SEIDEL TARDÍO POST-CIRUGÍA XEN

Álvaro OLATE PÉREZ, Vicente T. PÉREZ TORREGROSA, Amparo GARGALLO BENEDICTO, Rosario I. DE LA CRUZ AGUILÓ

Introducción: Dentro de las técnicas micro-invasivas del glaucoma se encuentra la implantación del XEN. Este tubo no valvular de colágeno se inserta por vía ab interno, drenando humor acuoso desde cámara anterior hacia una ampolla subconjuntival. Las complicaciones postquirúrgicas, aunque raras en comparación a otras cirugías filtrantes, merecen un abordaje específico. A continuación, presentamos un caso de perforación conjuntival y seidel tardío.

Caso Clínico: Mujer de 78 años intervenida de glaucoma mediante XEN. Estando asintomática, acude a revisión rutinaria a los 18 meses postcirugía. Se constata presión intraocular (PIO) de 10 mmHg, ampolla plana, exposición del extremo distal del XEN y seidel. Se realiza exploración quirúrgica en la que se evidencia trayecto subconjuntival corto (0,5 mm) del dispositivo y fibrosis alrededor de este. Se decide diseccionar conjuntiva de la zona para liberar el implante e intentar su extracción mediante pinzas, sin embargo, este se rompe debido a la tracción ejercida y a su frágil composición. Se opta por resecar la fibrosis y el XEN hasta nivel escleral y cierre conjuntival, dejando trayecto cameral e intraescleral intactos. En el postoperatorio se observa cierre conjuntival sin seidel, pero al mes de seguimiento, se objetiva una PIO >21 mmHg y un aumento creciente de la reflectividad mediante OCT, lo que obliga a iniciar tratamiento hipotensor.

Conclusión: La perforación conjuntival de la ampolla postcirugía XEN, a pesar de ser rara, es una complicación potencialmente grave debido al riesgo de infección e hipotonía. En este caso se ha relacionado con un trayecto subconjuntival corto. La composición material del XEN hace que al hidratarse sea más flexible, pero también más frágil. Además, debido a encontrarse adherido en su trayecto intraescleral, al ejercer tracción desde un extremo, este se rompe con facilidad. La mejor opción puede ser la resección hasta nivel escleral y cierre conjuntival hermético para evitar complicaciones.

CC07

EFFECTO DE LA FLUCTUACIÓN DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR (PIO) EN EL ASTIGMATISMO CORNEAL

Marta PARA PRIETO, José R. JUBERÍAS SÁNCHEZ, Andrea VITERI CHANCUSI, Carolina MENESES GALICIA

Introducción: Los cambios corneales en pacientes con alteraciones de la PIO han sido objeto de diversos estudios recientemente. Se han descrito alteraciones en el glaucoma congénito y también en glaucoma primario de ángulo abierto.

Caso Clínico: mujer de 42 años derivada a consulta de glaucoma por tensiones oculares elevadas en el ojo izquierdo (OI) en el contexto de uveítis hipertensiva. En la exploración presentó: agudeza visual (AV) de 1 en el ojo derecho (OD) y de 0,4 OI. PIO OD 15 mmHg, OI 50. Espesor corneal 584 μm OD, 617 OI. Índice excavación/papila (E/P) 0,2 OD, 1 OI. La OCT del OI mostró disminución severa del grosor de la capa de fibras nerviosas con un espesor medio de 44 μm y el campo visual 30-2 una abolición casi completa (DM -26,92 dB), congruente con glaucoma avanzado. En este momento el astigmatismo era de -5,5D a 90°, sin signos de queratocono. Durante el seguimiento, se objetivaron variaciones de la PIO, AV y astigmatismo de la siguiente manera: pasado un mes, PIO 44 mmHg, AV de 0,6 y astigmatismo de -3,25 a 90°. Al mes siguiente, la PIO era de 25 mmHg, la AV de 0,8 y el astigmatismo de -3,75 a 90°. Tras esclerectomía profunda no perforante, PIO 11 mmHg y astigmatismo de -1,75 a 88° y AV de 0,8. Varios meses después, coincidiendo con pico tensional de 56 mmHg, se objetivó AV de 0,8 y astigmatismo de -6,25 a 90°. En la última visita, tras goniopunción, presentó una PIO de 7 mmHg, AV de 1 y astigmatismo de -0,25 a 90°.

Conclusión: Los cambios en la presión intraocular pueden inducir alteraciones en el astigmatismo corneal, siendo las alteraciones de la histéresis una razón propuesta para este hecho y que podrían explicar el caso presentado, con grandes variaciones en el astigmatismo corneal en ausencia de ectasia. No se han encontrado en la literatura existente estudios como el caso que se presenta, que correlacionen las fluctuaciones de la tensión ocular con las variaciones del astigmatismo corneal y los cambios de agudeza visual secundarios.

CC08

TRATAMIENTO DEL CIERRE ANGULAR AGUDO MEDIANTE IRIDOPLASTIA CON LÁSER ARGÓN (IPLA) Y CONFIRMACIÓN MEDIANTE OCT DE SEGMENTO ANTERIOR (OCT-SA)

Ioan ALEXANDRU PLACINTA, Jorge VILA ARTEAGA, Paula MARTÍNEZ LÓPEZ CORELL, Angel L. CISNEROS LANUZA

Introducción: El tratamiento de urgencia del cierre angular agudo, primario y secundario, consiste tradicionalmente en terapia médica con hipotensores oculares tópicos, mióticos o midriáticos, acetazolamida y manitol intravenoso. Estos tratamientos se alargan a lo largo varias horas, tienen efectos secundarios sistémicos no desdeñables y en ocasiones no consiguen la disminución de la PIO deseada. La IPLA ha demostrado su eficacia y seguridad en el tratamiento de la hipertensión ocular aguda secundaria al cierre angular primario y secundario, pero no suele emplearse en nuestro medio como tratamiento inicial.

Casos clínicos: El objetivo de esta comunicación es de presentar 6 casos consecutivos de cierre angular agudo, 2 primarios y 4 secundarios tratados mediante IPLA, monitorizando mediante OCT-SA la variación de la morfología iridiana y del ángulo iridocorneal. La PIO se midió en el momento del diagnóstico, 15 y 60 minutos tras la realización de la IPLA. Asimismo se realizó OCT-SA antes y después del tratamiento.

En los cierres angulares primarios, la PIO de presentación media fue de 75 mmHg (rango 70 - 80), 15 minutos tras la realización de IPLA disminuyó a 31,5 mmHg (rango 28 - 35) y 60 minutos tras la IPLA fue de 21 mmHg (rango 20 - 22).

En el caso de los cierres angulares secundarios la PIO media al diagnóstico fue de 71 mmHg (rango 60 - 80), a los 15 minutos tras IPLA de 35 mmHg (rango 25 - 40) y a los 60 minutos de 23 mmHg (rango 20 - 26).

La OCT-SA demostró apertura del ángulo iridocorneal tras IPLA con incremento de la distancia de apertura angular (AOD) y del área iridotrabecular (TISA) en todos los casos.

Conclusión: La IPLA es una técnica efectiva, segura y rápida en el tratamiento de la hipertensión ocular debida al cierre angular primario y secundario agudos, exenta de los efectos secundarios propios de la terapia médica convencional. La OCT-SA es una herramienta no invasiva muy útil en la demostración de la apertura angular tras IPLA.

CC09

LUXACIÓN ESPONTÁNEA DEL GLOBO OCULAR: A PROPÓSITO DE CUATRO CASOS

Andrea DÍAZ BARRÓN, Belén LÓPEZ SALVADOR, Neus MORENO FABRA, Paula FERRER PASTOR

Introducción: La luxación del globo ocular ocurre cuando el ecuador del globo protruye por delante de la hendidura palpebral. Presentamos cuatro casos de luxación espontánea de globo ocular y revisamos la etiología y el tratamiento.

Caso 1: Mujer de 65 años con síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) refiere luxación espontánea de globo ocular derecho. La resonancia magnética nuclear (RMN) muestra hipoplasia malar. Se diagnostica luxación espontánea de globo ocular asociada a párpados laxos y órbitas planas.

Caso 2: Mujer de 45 años con SAOS acude a revisión oftalmológica rutinaria. Durante la manipulación del ojo izquierdo por el oftalmólogo se produce luxación del globo ocular. La RMN muestra hipoplasia malar. Se diagnostica luxación de globo ocular asociada a párpados laxos y órbitas planas.

Caso 3: Hombre de 55 años con SAOS refiere luxación de globo ocular derecho tras manipulación de los párpados durante colocación de lente de contacto. Se diagnostica luxación de globo ocular asociada a párpados laxos.

Caso 4: Mujer de 45 años con orbitopatía tiroidea refiere episodios de luxación espontánea de globo ocular en ambos ojos (AO). La exoftalmometría muestra proptosis de 25 mm en AO. Se realiza RMN orbitaria que muestra fibrosis orbitaria y músculos engrosados.

Conclusión: Los factores precipitantes más frecuentes de luxación espontánea del globo ocular son: la manipulación de los párpados, la maniobra de Valsalva y formas espontáneas puras, aunque en estos casos existen anomalías orbitarias como órbitas planas o lesión ocupante de espacio (orbitopatía tiroidea como en el caso 4 o tumor orbitario).

En dos de nuestros pacientes la luxación se produjo tras manipulación de los párpados (caso 2 y caso 3), si bien en los tres primeros casos existen párpados laxos asociados a la presencia de órbitas planas.

El tratamiento en la fase aguda requiere maniobra de reposición del globo ocular, y para la prevención de nuevos episodios diversas técnicas quirúrgicas.

CC10

TÉCNICA DE LIETO VOLLARO PARA LA CORRECCIÓN DEL ENTROPIÓN CICATRICIAL SUPERIOR

Mercedes GARCÍA VÁZQUEZ, Aurora DEL ESTAD CABELLO, Sergio MATAS GRANADOS, Jorge MONGE ESQUIVEL

Introducción: El entropión cicatricial se produce por un acortamiento de la lamela posterior por retracción y fibrosis conjuntival esto produce inversión del margen palpebral haciendo que las pestañas y la piel rocen con la superficie ocular. El entropión cicatricial no es intermitente como pueden serlo otros sino que es constante. Además puede provocar también entropión del párpado superior. Lo provocan el tracoma, enfermedades mucosinequiantes o quemaduras con álcalis. Su corrección quirúrgica persigue restaurar la longitud normal de la lamela posterior. En situaciones leves puede ser suficiente con la fractura tarsal, pero en caso graves son necesarias técnicas más complejas e incluso injertos mucosos.

Caso Clínico: Paciente con entropión cicatricial grave en ambos párpados superiores, como consecuencia de una quemadura con sosa caustica. En la técnica de Lieto Vollaro se realiza una tarsotomía vertical del borde libre del párpado superior, separando así lamela anterior y posterior. Desde los bordes de la tarsotomía haremos dos incisiones en la piel perpendiculares al borde palpebral de unos 3-4 mm, distancia a la que realizaremos una incisión paralela al borde palpebral. Es ahí donde disecaremos músculo orbicular separándolo del tarso y creando un colgajo con un pedículo en cada extremo. Ese puente de orbicular debe ser lo suficientemente largo como para que llegue hasta el borde palpebral y lo introduciremos entre ambas lamelas. Una vez posicionado se sutura el injerto a lamela anterior y se cierra la piel, todo ello con sutura reabsorbible.

Conclusión: Con esta técnica se consigue una efectiva corrección del entropión cicatricial del párpado superior, con relativa sencillez y sin necesidad de injertos.

CC11

ENFISEMA SUBCONJUNTIVAL ASOCIADO A NEUMOMEDIASTIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Vanessa A. GERENA ARÉVALO, Marta SANCHÉZ-DEHESA SÁEZ, Mónica HIJÓS, Belén SIRVENT

Introducción: El enfisema subcutáneo es una complicación descrita tras fracturas orbitarias, siendo importante saber que el aire es capaz de disecar planos profundos pudiendo generar una urgencia médica.

A continuación, se describe un paciente que llega a urgencias de oftalmología tras traumatismo facial con enfisema periorbitario, subconjuntival y neumomediastino.

Caso Clínico: Paciente de 49 años que acude a urgencias de oftalmología por presenta inflamación de zona periorbitaria, subconjuntival, hemicara izquierda y refiriendo alteración en el sonido de la voz, tras sonarse la nariz después de agresión facial.

Se le realiza Tomografía Computarizada facial observando, fractura en la región posterolateral del seno maxilar izquierdo. Asociado a extenso enfisema orbitario, cervical superficial y profundo, así como al mediastino medio hasta nivel de la carina.

Se interconsulta a cirugía cardíaca quienes pautan antibioticoterapia y observación, debido a su poca extensión, explicando que el neumomediastino produce distorsión de la voz, sin ser este un signo de gravedad. La fractura del seno maxilar no es tratada por cirugía maxilofacial debido a que no compromete estructuras importantes.

Descartando patología urgente vital, se cita a las 24 horas, donde acude con algo de mejoría sin compromiso ocular ni vital y se revisa a la semana donde hay una resolución completa del enfisema, sin distorsión de la voz, ni alteraciones oftalmológicas. Se da de alta con signos de alarma.

Conclusión: Es frecuente que el oftalmólogo sea la primera visita médica tras traumatismos oculares con fracturas de senos paranasales, por lo cual, es importante hacer énfasis en estos pacientes, de no sonarse la nariz, pues el aire es capaz de disecar planos profundos y producir patologías importantes como neumomediastino o más peligroso, originar síndrome compartimental con compresión de la tráquea y vasos del cuello.

CC12

MELANOMA CUTÁNEO PRIMARIO METASTÁSICO Y MELANOMA OCULAR AMELANÓTICO PRIMARIO SIMULTÁNEOS

Rosa GORIET, Juan DAVO CABRERA, Elena PALACIOS, Marta PÉREZ-LÓPEZ

Introducción: El melanoma maligno cutáneo, neoplasia de comportamiento sumamente agresivo, constituye el 1-3% del total de neoplasias y puede producir metástasis en la mayoría de los órganos por vía hematógena y cutánea. Por el contrario el melanoma corioideo es una entidad poco frecuente (6 casos/millón de habitantes) aunque asociado a elevada mortalidad.

Caso Clínico: Describimos el caso de una paciente diagnosticada de melanoma cutáneo primario (Breslow 5,3mm) estadio IV de 3 años de evolución con desarrollo de metástasis cutáneas que es remitida a nuestro centro por pérdida de visión apreciándose en la exploración una masa corioidea amelanótica compatible con melanoma corioideo. Tras la enucleación se confirma el diagnóstico siendo el estudio anatomopatológico y genético compatible con melanoma primario no asociado al cutáneo metastático.

Conclusión: La concurrencia simultánea de un melanoma cutáneo primario y corioideo primario es excepcional. Resulta fundamental determinar si se trata de tumores distintos o uno es metástasis del otro mediante estudio de mutaciones genéticas específicas para un correcto pronóstico y tratamiento.

CC13

MONITORIZACIÓN MEDIANTE OCT DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB EN LA OFTALMOPATÍA DE GRAVES.

Lucía DE PABLO GÓMEZ DE LIAÑO, José I. FERNÁNDEZ-VIGO ESCRIBANO, Juan TROYANO RIVAS, Rosario GÓMEZ DE LIAÑO SÁNCHEZ

Objetivo: Valorar la respuesta terapéutica al Tocilizumab mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) de segmento anterior en 4 pacientes con oftalmopatía de Graves.

Método: Serie de casos prospectiva en la que se evaluaron mediante OCT de segmento anterior 4 pacientes con oftalmopatía de Graves refractaria a otros tratamientos, antes y tras el tratamiento con 3 ciclos de Tocilizumab. Se midió el grosor del recto medial (RM) a 7,2 y 9,2 mm del limbo esclerocorneal y el grosor del recto lateral (RL) a 8,5 mm. Además se valoró la quemosis conjuntival.

Resultados: Previamente al tratamiento con Tocilizumab el grosor medio del RM fue de $209 \pm 44 \mu\text{m}$ en su medida anterior y de $298 \pm 40 \mu\text{m}$ en su medida posterior, mientras que el grosor medio del RL fue $325 \pm 90 \mu\text{m}$. La quemosis pretratamiento fue de $456 \pm 190 \mu\text{m}$. Tras el tratamiento con Tocilizumab el grosor del RM disminuyó a $154 \pm 11 \mu\text{m}$ ($p=0,04$) y a $190 \pm 33 \mu\text{m}$ ($p=0,05$) en su medida anterior y posterior respectivamente, mientras que el grosor del RL se redujo a $205 \pm 47 \mu\text{m}$ ($p=0,03$). La quemosis tras el tratamiento se redujo a $137 \pm 53 \mu\text{m}$ ($p=0,012$).

Conclusiones: Mediante OCT se observó una reducción del grosor muscular del RM y RL y de la quemosis conjuntival tras el tratamiento con Tocilizumab. Por tanto, la OCT de segmento anterior podría ser una técnica útil en la evaluación de la respuesta antiinflamatoria en pacientes con oftalmopatía de Graves.

CC14

USO DE PEGAMENTO BIOLÓGICO DE FIBRINA EN CIRUGÍA DE RECONSTRUCCIÓN OCULAR Y PERIOCULAR

Marta PÉREZ LÓPEZ, Santiago MONTOLIO, Rosa GORIET, Pablo ALCO CER

Introducción: El pegamento biológico de fibrina ha sido ampliamente utilizado en oftalmología para el tratamiento de patología de superficie ocular, especialmente el pterigium. Permite acortar el tiempo quirúrgico y disminuir la inflamación postoperatoria. En cirugía de reconstrucción periocular y orbitaria son escasas las referencias en la literatura a cerca de su aplicación, seguridad y eficacia.

Casos Clínicos: Describimos una serie de casos en los que empleamos el pegamento tisular para aposición de injertos (cutáneos/mucosos) en cirugía de reconstrucción periocular (tras extirpación de tumores palpebrales mediante técnica Mohs), cirugía de cavidad anoftálmica, cirugía de ectropión y entropión cicatricial con buenos resultados anatómicos y funcionales. El pegamento es aplicado sobre el área a injertar y posteriormente el injerto es posicionado sin manipulación posterior hasta que a los 3 minutos se comprueba su estabilidad.

Conclusión: El uso del pegamento biológico de fibrina para adhesión de injertos tanto mucosos como cutáneos resulta efectivo y seguro en la cirugía de reconstrucción periocular y orbitaria. Permite evitar el uso de suturas que resulta especialmente importante en injertos mucosos que contactan la superficie ocular. Además reduce el tiempo quirúrgico y posee un efecto hemostático y bacteriostático añadido.

CC15

MELANOMA ORBITARIO: SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

M.^a Teresa SARANDESES DIEZ, José M. ABALO LOJO, Francisco GONZÁLEZ GARCÍA

Introducción: El melanoma es una neoplasia poco frecuente en la órbita. Generalmente es secundaria a melanomas uveales o conjuntivales, o bien puede aparecer como metástasis de melanomas de otras localizaciones. La exenteración es el tratamiento de elección y a pesar de su mal pronóstico un diagnóstico precoz puede facilitar la terapia.

Casos Clínicos: Se estudiaron 12 casos de melanomas orbitarios, 8 mujeres y 4 varones con una media de edad de 77,2 años. 7 órbitas derechas y 5 izquierdas.

En el subgrupo de pacientes con origen ocular (n=10) todos derivaban de melanomas coroides excepto un caso con afectación conjuntival a nivel de la carúncula. De éstos se había realizado tratamiento previo con enucleación (n=3) y Braquiterapia I125 (n=1) y exenteración (n=2). Destacan 2 casos de ojo ciego previo, 1 eviscerado por glaucoma terminal y un ojo en ptosis de origen desconocido. Histológicamente se encontraron melanomas epitelioides (n=6), fusocelulares B (n=2) y mixto (n=1). Un caso está todavía en estudio. Se exenteró a todos los casos de origen intraocular y resección con exéresis de canalículos y contenido orbitario en el conjuntival. Se registraron 5 éxitos, a los 1,2,3,6 y 13 años respectivamente desde la exéresis. En el subgrupo de melanomas de origen extraocular se encontró un lentigo maligno en párpado superior e inferior de un paciente y un caso de melanoma epitelioides en párpado superior de otro. Se trataron con resección y tenzel invertido respectivamente. Ninguno presentó recidiva ni metástasis hasta el momento actual.

Conclusión: Los melanomas orbitarios de origen intraocular presentan peores resultados en términos de supervivencia con respecto a los extraoculares. El diagnóstico y tratamiento precoz pueden mejorar el pronóstico. Deben realizarse exploraciones periódicas en ojos ciegos ya que en estos casos el melanoma intraocular es asintomático sí como en cavidades anoftálmicas por melanoma intraocular ante la posibilidad de recidiva tumoral.

CC16

DEFECTO CAMPIMÉTRICO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ARTERITIS DE TAKAYASU

Laura CABREJAS MARTÍNEZ, Paloma VALLÉS RODRÍGUEZ, Elena QUIROGA CANEIRO, Miguel A. ALONSO PERALTA

Introducción: La arteritis de Takayasu es una vasculitis granulomatosa de carácter autoinmune. Representa una enfermedad rara y potencialmente letal que afecta principalmente a mujeres jóvenes. Los síntomas iniciales de la enfermedad son inespecíficos hasta que aparece la fase de inflamación vascular activa y se produce la estenosis del vaso con la consiguiente isquemia local. Las manifestaciones oftalmológicas son relativamente frecuentes y en ocasiones, su primera manifestación.

Caso Clínico: Mujer de 37 años acude a urgencias por alteración visual de reciente aparición. En la exploración oftalmológica la agudeza visual fue 20/20 en ambos ojos y motilidad intrínseca y extrínseca así como biomicroscopía, presión intraocular y fondo de ojo fueron normales. El campo visual mostró una hemianopsia homónima derecha congruente incompleta. En el escáner cerebral realizado se observó un infarto isquémico en el territorio de la arteria cerebral posterior izquierda. Dada la edad de la paciente se completó el estudio con factores de riesgo cardiovascular, coagulopatías, vasculitis y consumo de anticonceptivos orales y drogas mediante analítica completa con bioquímica, pruebas de autoinmunidad, serología, consumo de tóxicos y arteriografía llegándose finalmente al diagnóstico de arteritis de Takayasu en base a criterios clínicos, de laboratorio y de imagen. La paciente fue tratada con corticoides y metotrexato y se realizó una angioplastia de la arteria vertebral izquierda. En los controles posteriores persiste el defecto campimétrico con leve mejoría.

Conclusión: Ante un evento cardiovascular en un paciente joven es primordial hacer un buen diagnóstico diferencial con el fin de descartar posibles patologías subyacentes. En ocasiones los síntomas visuales pueden ser la primera manifestación, por lo que como oftalmólogos es fundamental sospecharlo y colaborar con otros especialistas para su diagnóstico y tratamiento, dado que un retraso puede tener consecuencias fatales.

CC17

NEUROPATÍA ÓPTICA POR RADIACIÓN: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Anna CAMÓS CARRERAS, Ester MINGORANCE, Alba SERRANO PELUFFO, Bernardo SÁNCHEZ DALMAU

Introducción: La neuropatía óptica por radiación se presenta con pérdida visual aguda, severa e irreversible en pacientes que han recibido radioterapia craneal u orbitaria (entre 10 y 20 meses después del tratamiento). La prueba diagnóstica de elección es la resonancia magnética con gadolinio donde se observa un realce del nervio óptico en las secuencias T1. Se debe realizar diagnóstico diferencial con invasión neoplásica. No se ha demostrado ningún tratamiento efectivo por los que los pacientes presentan mal pronóstico.

Casos Clínicos: Se presentan dos casos clínicos. El primer caso consultó por pérdida de visión unilateral de dos semanas de evolución con antecedente de astrocitoma anaplásico frontoparietal reseado 18 meses atrás y tratamiento complementario de quimioterapia y radioterapia (última dosis 12 meses atrás). El paciente presentaba agudeza visual en el ojo afecto de movimiento de manos, defecto pupilar aferente relativo y leve palidez papilar. En la resonancia magnética con gadolinio se observó captación de gadolinio a nivel del nervio óptico afecto confirmándose el diagnóstico. El paciente se trató con corticoides sin presentar mejoría.

El segundo caso se trata de una paciente con adenocarcinoma de pulmón estadio IV. Recibió radioterapia y quimioterapia holocraneal. A los 14 meses presentó un cuadro de pérdida brusca de visión en un ojo seguida a la semana del ojo contralateral siendo las visiones de no percepción luminosa y precepción de luz. Se trató con corticoides y oxígeno hiperbárico sin mejoría. A la exploración se observó una palidez papilar bilateral y en los resultados de la resonancia presentaba captación con gadolinio en T1.

Conclusión: La neuropatía por radiación es una complicación grave de la radioterapia craneal, muy poco frecuente aunque importante en el diagnóstico diferencial de recidiva tumoral. El único tratamiento mínimamente efectivo descrito en la literatura es el oxígeno hiperbárico en casos de diagnóstico muy precoz.

CC18

MEDIDAS DEL ESPESOR COROIDEO EN ÁREA PERIPAPILAR EN SUJETOS SANOS UTILIZANDO EL DISPOSITIVO SWEPT-SOURCE TRITON

Marta CIPRÉS ALASTUEY, Elena GARCÍA MARTÍN, Maria Pilar BAMBÓ RUBIO, Elisa VILADES PALOMAR

Propósito: Evaluar el espesor coroideo correspondiente a una amplia zona peripapilar en sujetos sanos utilizando el dispositivo de tomografía de coherencia óptica (OCT) de dominio Swept-Source (SS) Triton.

Método: Se analizaron un total de 86 ojos derechos de sujetos sanos a los que se les evaluó mediante SS-OCT Triton (Topcon) obteniéndose un escaneo tridimensional del nervio óptico de 6.0 x 6.0 mm utilizando el modo DRI (Deep Range Imaging) del dispositivo. Se generó una cuadrícula de 26x26 centrada en el nervio óptico para medir automáticamente el espesor coroideo, estableciéndose 7 zonas coroideas: temporal superior, central superior, nasal superior, temporal inferior, central inferior, nasal inferior y papila.

Resultados: El espesor coroideo peripapilar es significativamente más delgado en las zonas central superior, nasal superior y nasal inferior. El espesor coroideo medio en la zona central superior fue de $156.17 \pm 80.89 \mu\text{m}$; en la nasal superior de $168.34 \pm 73.45 \mu\text{m}$ y en la nasal inferior de $37.47 \pm 65.96 \mu\text{m}$.

Conclusiones: El grosor coroideo en sujetos sanos es mayor en áreas superiores y temporales alrededor del nervio óptico. El nuevo SS-OCT podría ser una herramienta útil para evaluar el adelgazamiento coroideo y abre la puerta a futuros estudios comparativos en diferentes patologías oculares y neurodegenerativas.

CC19

PARÁLISIS DEL III PAR CRANEAL ASOCIADO A PAQUIMENINGITIS HIPERTRÓFICA IDIOPÁTICA

Juliana OCAMPO CANDAMIL, Noemí ROSELLÓ SILVESTRE, Carlos PERÁLVAREZ CONDE, Jessica RODRÍGUEZ BONET

Introducción: La paquimeningitis hipertrófica es una inflamación que genera engrosamiento focal o difuso de la duramadre. Generalmente se manifiesta con cefalea y parálisis de pares craneales, especialmente los oculomotores. Puede ser primaria (idiopática) o secundaria a causas infecciosas, autoinmunes o neoplásicas.

Caso Clínico: Mujer de 49 años, sin antecedentes patológicos de interés, acude de urgencias por cefalea, dolor hemifacial derecho incapacitante y diplopía. En la exploración se apreció paresia parcial del III par craneal derecho con pupilas isocóricas normorreactivas, paresia facial periférica e hipoestesia trigeminal derechas. La RNM cerebral evidenció una lesión en base de cráneo derecho, con extensión a cavidad endocraneal y afectación de capa dural de fosa temporal ipsilateral (paquimeningitis focal) que no había sido evidenciada en la TAC previa, de biopsia inabordable por localización. La analítica descartó patología infecciosa, autoinmune o neoplásica asociada y se consideró de causa idiopática. Tras el tratamiento con corticoterapia se observó una resolución completa.

Conclusión: La paquimeningitis hipertrófica es poco común. La RMN es útil para el diagnóstico, aunque la prueba de elección sigue siendo la biopsia de tejido meníngeo. Es imprescindible realizar un estudio exhaustivo y descartar otras enfermedades subyacentes. En las formas idiopáticas el tratamiento son los corticoides, sin embargo, pueden requerir inmunosupresores e incluso descompresión quirúrgica.

CC20

SÍNDROME DEL SENO CAVERNOSO POR METÁSTASIS DE LINFOMA NO HODGKIN PALATINO

Antonio PÉREZ RUEDA, Laura SEBASTIÁN CHAPMAN, Manuel D. VALDEARENAS MARTÍN, Daniel RÍOS SIMÓN

Introducción: El síndrome del seno cavernoso u oftalmoplejía dolorosa se caracteriza por un cuadro que cursa con la restricción total de los movimientos oculares, ptosis, alteraciones pupilares e intensa cefalea de instauración brusca. Éste se puede deber a diferentes causas entre las que se encuentran las vasculares, traumáticas, neoplásicas o infecciosas.

Caso clínico: Paciente de 47 años que acude a Urgencias por dolor en retroocular derecho de una semana de evolución. Además, refiere visión borrosa y fotofobia. Como antecedentes personales tuvo un Linfoma No Hodgkin palatino en 2014 tratado con radioterapia. A la exploración nos llama la atención una anisocoria marcada y un reflejo fotomotor directo perezoso y asimétrico. La tomografía computerizada se informa como normal.

Dos días después la paciente vuelve con un dolor similar asociado a una parálisis oculomotora derecha completa y ptosis del mismo ojo. Su agudeza visual (AV) es de percepción de luz (PL). En el fondo de ojo vemos un edema de papila y un desprendimiento de retina exudativo inferior. Se solicita resonancia magnética con contraste que se informa como ocupación del seno cavernoso derecho con infiltración de nervio óptico y retina derechos. Los hallazgos son sugestivos de infiltración metastásica del seno cavernoso por el linfoma palatino que tuvo hace tres años. La paciente se trató con quimioterapia teniendo una buena respuesta al tratamiento.

Conclusión: El dolor facial y la hipoestesia asociada con oftalmoplejía nos debe hacer sospechar en una lesión del seno cavernoso. Sin embargo, a veces puede comenzar como una neuralgia del trigémino secundaria sin alteraciones oculomotoras.

La resonancia magnética con contraste intravenoso es recomendada en todos los pacientes con sospecha de síndrome de seno cavernoso. La tomografía sin contraste no nos permite ver las estructuras intracavernosas.

La patología oftalmológica que presenta este síndrome muchas veces se resuelve tratando la causa.

CC21

SÍNDROME DEL UNO Y MEDIO COMO SECUELA DE UN ICTUS ISQUÉMICO VÉRTEBRO-BASILAR

Paula TALAVERO GONZÁLEZ, Laura CABREJAS MARTÍNEZ, Elena QUIROGA CANEIRO, Miguel Ángel ALONSO PERALTA

Introducción: El síndrome del uno y medio se caracteriza por una lesión en el centro de la mirada horizontal, que está en la formación reticular paramedial pontina (FRPP), y en el fascículo longitudinal medial (FLM) homolateral (que proviene de la FRPP contralateral). Las principales causas son isquemia por afectación de la arteria basilar y desmielinización.

Caso clínico: Paciente de 63 años que acude a urgencias por inestabilidad, cefalea holocraneal y a nivel cervical izquierdo, de inicio brusco. Tras la realización de las pruebas complementarias se diagnostica de ictus isquémico de territorio vértebro-basilar y se realiza tratamiento fibrinolítico con rtPA. Tras el alta, acude a la consulta de oftalmología observándose parálisis de la mirada conjugada horizontal izquierda, con limitación de la abducción del ojo izquierdo y la aducción del ojo derecho, y oftalmoplejia internuclear izquierda, con limitación de la aducción del ojo izquierdo, conservándose la abducción del ojo derecho y la convergencia. Se diagnostica de síndrome del uno y medio. El paciente se encuentra en ortotropía en posición primaria de la mirada y no presenta diplopía por lo que se decide observación.

Conclusión: El síndrome del uno y medio es una patología poco frecuente que necesita de una actitud interdisciplinar entre el neurólogo y el oftalmólogo para el correcto diagnóstico, siendo la exploración clínica el pilar fundamental para llegar al mismo.

CC22

CORRELACIÓN ENTRE LA DISFUNCIÓN VISUAL Y PRUEBAS ELECTROFISIOLÓGICAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Elisa VILADÉS PALOMAR, Elena GARCÍA MARTÍN, María SATUÉ PALACIAN, Elvira ORDUNA HOSPITAL

Introducción: Se ha realizado un estudio comparativo de la función visual en sujetos con esclerosis múltiple (EM) y controles sanos, utilizando agudeza visual (AV), sensibilidad al contraste (SC), electroretinograma pattern (pERG) y multifocal (mfERG), y potenciales evocados visuales multifocales (mfPEV).

Casos Clínicos: Se analizaron 58 ojos: 14 de controles y 44 de sujetos con EM (de los que 17 habían presentado un antecedente previo de neuritis óptica). Se registró la AV ETDR a los contrastes 100; 2,5 y 1,25 %, la SC con los tests CSV1000 (a 3, 6, 9 y 12 ciclos/segundo) y Pelli Robson. Se realizaron pruebas de electrofisiología pERG, mfERG y mfVEP con el dispositivo Reti-port/scan (Roland Consult).

Los pacientes con EM mostraron una reducción significativa de su función visual en la AV al 100% ($p=0,013$), 2,5% ($p<0,001$) y 1,25% ($p=0,008$), la SC con el test CSV-1000 se vio afectada a 3 ($p=0,017$), 9 ($p=0,017$), y 12 ciclos/segundo ($p=0,048$), y en el Pelli Robson ($p<0,001$). El mfERG mostró en los pacientes con EM una afectación de la amplitud del cuadrante nasal-superior $18\pm 4,09\text{nV}$ ($p=0,045$) y la latencia del nasal-inferior $22\pm 2,4\text{ms}$ ($p=0,042$). Los valores globales del mfPEV mostraron anomalías en las amplitudes de N1 y P1 ($p=0,019$ y $p=0,039$ respectivamente).

Conclusión: Los pacientes con EM presentan una afectación clara de la función visual tanto en los test psicofísicos como electrofisiológicos.

CC23

NEURORRETINOPATÍA AUTOINMUNE SECUNDARIA A INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA

Marta ÁLVAREZ CORONADO, Carlos RODRÍGUEZ BALSERA, María FERNÁNDEZ GARCÍA,
Carmen BURGUENO MONTAÑÉS

Introducción: La infección por virus Zika es una enfermedad emergente cuyas consecuencias a nivel oftalmológico aún no son bien conocidas. Se trata de un virus neurotrófico con afinidad por los pequeños vasos y el sistema nervioso central. La retinopatía autoinmune (RAI) es una rara enfermedad inmunológica causada por anticuerpos anti-retina que producen degeneración panretinal habitualmente bilateral, alterando principalmente la función de la retina externa. Dentro de este concepto se incluye la RAI paraneoplásica, en relación con melanomas y carcinomas, y la no paraneoplásica, más frecuente y causada por reacción cruzada entre proteínas de bacterias o virus y proteínas de la retina.

Caso Clínico: Mujer de 40 años, diagnosticada 6 meses antes de acudir a nuestra consulta de infección por virus Zika tras un viaje a República Dominicana. Presentó un cuadro febril con rash cutáneo, artralgias y conjuntivitis leve que cedió en una semana. Dos semanas después comenzó con pérdida de agudeza visual (AV) progresiva e indolora que fue tratada con corticoide tópico. Si bien la AV fue mejorando, desde entonces refiere una pérdida de campo visual (CV) y ceguera nocturna. En la exploración oftalmológica, que incluye examen bajo microscopía, CV, tomografía de coherencia óptica, autofluorescencia y electroretinograma, presenta graves secuelas compatibles con neurorretinopatía autoinmune. Se descartan otras posibles causas tanto tumorales como infecciosas. Dada la relación temporal con la infección por virus Zika se diagnostica de RAI no paraneoplásica por virus Zika. Se instaura terapia inmunosupresora con bolos de corticoides e infliximab.

Conclusión: El virus Zika puede desencadenar una RAI no paraneoplásica. El diagnóstico será fundamentalmente clínico. Precisa tratamiento inmunosupresor con respuesta variable al mismo, siendo de máxima importancia el diagnóstico precoz.

CC24

PRESENTACIÓN INUSUAL DE SÍNDROME POST-ESTREPTOCÓCICO: PANUVEÍTIS BILATERAL, ASOCIADO A VASCULITIS E ISQUEMIA RETINIANA

Manuel CADENA SANTOYO, Macarena PASCUAL GONZÁLEZ, M.^a Jesús APARICIO HERNÁNDEZ-LASTRAS, Pilar ROJAS LOZANO

Introducción: El síndrome postestreptocócico engloba a las complicaciones autoinmunes secundarias a la infección por el estreptococo betahemolítico del grupo A, dentro de las cuales, la uveítis es una forma rara de presentación. Por lo general se presenta como una uveítis anterior bilateral simétrica, no granulomatosa de buen pronóstico. Sin embargo, puede haber compromiso de todo el globo ocular, siendo potencialmente amenazador para la visión.

Caso Clínico: Varón de 16 años, sin antecedentes de interés, que llega a la urgencia de nuestro hospital por enrojecimiento ocular bilateral, disminución de agudeza visual y miodesopsias de 10 días de evolución, de predominio en ojo derecho. Tras exploración clínica completa y estudio angiográfico fue diagnosticado de panuveítis con vasculitis bilateral. Se realizó estudio etiológico completo y abordaje multidisciplinar en conjunto con la unidad de neurología y reumatología, descartándose enfermedades infecciosas, autoinmunes y neurológicas, destacando únicamente la presencia de anticuerpos antiestreptolisina O (ASLO) (407 U/ml). Se decide iniciar tratamiento intensivo con dexametasona y ciclopléjico tópicos además de prednisona y penicilina vía oral. En el estudio angiográfico se observaron áreas de isquemia periférica confluentes en la retina, que fueron tratadas con fotocoagulación con láser argón. La inflamación intraocular se controló con una agudeza visual final de la unidad.

Conclusión: el diagnóstico de uveítis post-estreptocócica debe ser considerado en aquellos cuadros de uveítis bilaterales que afectan a niños y jóvenes, a través de la determinación de los ASLO. El diagnóstico y tratamiento precoces son fundamentales para el control y el pronóstico visual.

CC25

ESCLERITIS NECROTIZANTE POR PSEUDOMONA AERUGINOSA Y SUS FACTORES DE RIESGO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Elena GUZMÁN ALMAGRO, Cristina MOLERO LANGA, José J. SAN ROMAN LLORENS, Nicolás ALEJANDRE ALBA

Introducción: Sólo el 5-10% de los casos de las escleritis son de etiología infecciosa. El principal agente causal es la pseudomona aeruginosa (85%). Su pronóstico visual es malo debido a baja penetrancia antibiótica por condición avascular escleral.

Caso Clínico: Varón de 59 años con antecedentes glaucoma crónico bilateral en tratamiento crónico tópico y cirugía de desprendimiento de retina en ojo derecho (OD) acude por enrojecimiento e intenso dolor en OD de 20 días de evolución. La agudeza visual (AV) era de movimiento de manos y en la biomicroscopía (BMC) se observaba hiperemia marcada en zona temporal con área extensa de adelgazamiento escleral y melting, asociado a Tyndall. La funduscopia era normal. Se toman muestras para cultivo y se inicia tratamiento tópico antibiótico y antiinflamatorio. Ante riesgo de perforación y no poder descartar causa autoinmune se decide inicio de tratamiento intravenoso corticoideo. Durante su ingreso se realizan estudios reumatológicos sin hallazgos y presenta evolución tórpida. Se objetiva crecimiento de pseudomona aeruginosa en el cultivo. Se diagnostica de escleritis necrotizante y se añade tratamiento antibiótico sistémico, desbridamiento y colocación de parche conjuntival en la zona, evidenciándose una clara mejoría sintomática aunque sin apenas cambios en AV.

Conclusión: Ante paciente con antecedentes quirúrgicos oftalmológicos, medicación tópica crónica y clínica de intenso dolor con respecto a los hallazgos, es de gran importancia descartar de forma urgente la etiología infecciosa de la escleritis. Sus principales factores de riesgo son los antecedentes quirúrgicos oftalmológicos y los traumatismos, presentes en el 89% de los casos. Inicialmente se tratan como procesos autoinmunes por su similitud clínica lo que empeora su pronóstico habiendo incluso riesgo de perforación. Es necesaria la combinación de tratamiento antibiótico precoz e intensivo junto con desbridamiento y recubrimiento escleral para la mejoría clínica.

CC26

REVISIÓN DE 7 CASOS CON SÍNDROMES DE MANCHAS BLANCAS

Alicia LÓPEZ DE EGUILETA RODRÍGUEZ, Rosalía DEMETRIO PABLO, Carmen REVUELTA TALLEDO, Vanesa CALVO RÍO

Introducción: Se denominan síndromes de manchas blancas a una serie cuadros inflamatorios del segmento posterior que se caracterizan por la presencia de puntos blancos en las capas retinianas externas, epitelio pigmentario (EPR) y coroides, y que comparten unas características comunes: afectan generalmente a mujeres jóvenes, debutan de una manera aguda, cursan con pérdida de la agudeza visual, con fotopsias, metamorfopsias y escotomas. Las coroidopatías oftalmológicas o síndromes de manchas blancas incluyen principalmente los cuadros de epiteliopatía pigmentaria placoide multifocal aguda (EPPMA), coriorretinopatía de Birdshot, síndrome de múltiples puntos blancos evanescentes, coroiditis multifocal con panuveítis (CMP) y coroidopatía serpinginosa, la coroidopatía punctata interna (PIC) y la retinopatía oculta externa zonal aguda.

Casos Clínicos: Presentamos 7 casos clínicos (4 mujeres / 3 varones) con afectación ocular por síndromes de manchas blancas: retinocoroidopatía de Birdshot (n=2), coroidopatía Serpinginosa (n=2) y EPPMA (n=3) y edades comprendidas entre 23 y 63 años.

Todos llevaron tratamiento con corticoides y/o inmunosupresores en casos refractarios o graves: Humira, Tozilizumab, Metrotrexato, Golimumab. Consiguiendo un buen manejo en todos los casos.

Conclusión: Con esta comunicación queremos reflejar la variedad clínica y funduscópica de estos síndromes. Se exponen además los diferentes tratamientos empleados así como la evolución clínica de los mismos.

CC27

CORIORRETINOPATÍA POR ATRA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Alejandro LÓPEZ GAONA, Armelle SCHLINCKER GIRAUD, Jesús GARCÍA MARTÍNEZ, Ventura HIDALGO BARRERO

Introducción: La coriorretinopatía por ácido transretinoico (ATRA) es un raro efecto secundario ocular descrito en la literatura en una única ocasión. Se caracteriza por lesiones amarillentas granulares retinianas y desprendimientos neurosensoriales focales (DNS) bilaterales tras el uso de dicho fármaco.

Caso Clínico: Paciente de 38 años en tratamiento quimioterápico con ATRA por leucemia aguda promielocítica, remitido por visión borrosa de 3 días de evolución en ambos ojos (AO). Su mejor agudeza visual (AV) era 20/125 en el ojo derecho (OD) y 20/25 en el ojo izquierdo (OS). La biomicroscopía era normal en AO. El examen de fondo de ojo (FO) reveló lesiones blancas granulares en polo posterior y múltiples áreas de DNS focales en AO con afectación macular del OD. La tomografía de coherencia óptica (OCT) mostró DNS multifocales y ondulaciones en la banda hiperreflectiva del epitelio pigmentario retiniano (EPR) sin alteraciones vasculares en la angiografía OCT. En la autofluorescencia (AF) se observaban múltiples puntos hipo-autofluorescentes y zonas de hiper-autofluorescencia correspondientes con las lesiones observadas en el FO y OCT. Tras descartar causa infecciosa o tumoral, se estableció el diagnóstico de presunción de coriorretinopatía por ATRA, suspendiéndose el fármaco e instaurándose tratamiento con dexametasona intravenosa. La evolución fue satisfactoria, logrando la desaparición de las lesiones y mejora de la AV hasta 20/20 en AO a la semana de tratamiento. Dada la necesidad de tratamiento de la enfermedad de base, se reintrodujo el ATRA con dexametasona intravenosa concomitante, manteniéndose el paciente sin recidiva del cuadro en las siguientes semanas.

Conclusión: Se presenta el segundo caso descrito de coriorretinopatía por ATRA, aportando novedades como la AF y A-OCT en dicha entidad. La terapia corticoidea intravenosa parece ser una opción eficaz para su tratamiento, permitiendo la continuidad de la quimioterapia sin deterioro de la función visual.

CC28

NUESTRA EXPERIENCIA EN NEFRITIS TUBULOINTERSTICIAL Y UVEITIS (TINU) CON COMPROMISO POSTERIOR

Fredy E. MOLINA SOCOLA, Antonio MORUNO RODRÍGUEZ, Fernando LÓPEZ HERRERO, Trinidad RUEDA RUEDA

Introducción: El síndrome de nefritis tubulointerstitial y uveítis (TINU) es una entidad rara. La uveítis usualmente aparece posterior a la disfunción renal, pero puede precederla o aparecer concomitantemente. El cuadro ocular suele cursar con uveítis anterior, bilateral y no granulomatosa, pero se ha descrito casos unilaterales, granulomatosos y con compromiso posterior.

Se describen 3 casos de TINU con uveítis con compromiso posterior que requirieron tratamientos inmunosupresores y terapia biológica para el control inflamatorio ocular.

Casos Clínicos: Se describen 3 casos de TINU. 2 de inicio temprano (13 y 15 años) y otro de inicio tardío (40 años). Los 3 casos fueron mujeres. Los síntomas oculares precedieron a los renales en 1 caso, en otro la aparición fue concomitante y en el tercero fue de aparición posterior a las manifestaciones renales. Los 3 presentaron uveítis con compromiso posterior presentando vitritis, panuveítis, vasculitis, edema macular quístico. Los cuadros de uveítis inicialmente remitieron con corticoterapia tópica y oral, pero en los 3 casos hubo recurrencias que requirieron tratamiento inmunosupresor con ciclosporina, micofenolato y 1 requirió infliximab. La agudeza visual máxima corregida inicial (AVMC) fue de 0.05/0.05; 0.32/0.8; 0.4/0.5 (OD/OI) y AVMC final de 0.1/0.1; 1/1 y 0.6/0.5 (OD/OI).

El diagnóstico de TINU se estableció por presencia de nefritis intersticial, confirmado por biopsia renal, y uveítis tras exclusión de otras causas sistémicas. La insuficiencia renal mejoró con corticoides orales.

Conclusión: El TINU es una entidad poco frecuente e infradiagnosticada que debe plantearse como diagnóstico diferencial en un paciente joven con uveítis o con insuficiencia renal aguda.

El TINU con compromiso posterior suele ser refractario a corticoides y requiere manejo con inmunosupresores y agentes biológicos; a pesar que la patología renal responde bien a corticoides.

CC29

RESPUESTA SIMILAR A LA UVEÍTIS DE RECUPERACIÓN INMUNE EN UN PACIENTE CON RETINITIS HERPÉTICA COMO COMPLICACIÓN DE UNA LEUCEMIA DE CÉLULAS PELUDAS

Antonio MORUNO RODRÍGUEZ, José L. SÁNCHEZ VICENTE, Fredy MOLINA SOCOLA, Trinidad RUEDA RUEDA

Introducción: La uveítis de recuperación inmune (URI) es una enfermedad inflamatoria intraocular descrita originariamente en pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y retinitis por citomegalovirus (CMV) inactiva tras tratamiento anti retroviral de gran actividad (TARGA), asociada al aumento en la inmunocompetencia provocado por el tratamiento. En pacientes no VIH se han descrito muy pocos casos, y en la mayoría de ellos existía una retinitis por CMV.

Presentamos el caso de una aparente URI en un paciente no VIH con leucemia de células peludas y retinitis por herpes virus.

Caso Clínico: Varón de 51 años de edad con leucemia de células peludas tratado con Pentostatina. Durante el tratamiento fue diagnosticado de retinitis herpética en su ojo derecho. Tras el último ciclo de Pentostatina, el paciente desarrolló una vitritis leve acompañada de edema macular quístico (EMQ) en el ojo derecho. No se observaron signos de reactivación de la retinitis herpética. Tras excluir otras posibles causas de inflamación intraocular se realizó el diagnóstico de uveítis de recuperación inmune. El paciente fue tratado con dos inyecciones mensuales retroseptales de triamcinolona sin obtener una respuesta positiva. El tratamiento con corticoides orales permitió una mejoría parcial del EMQ con recurrencia tras su suspensión. Finalmente, se controló con dos inyecciones intravítreas de triamcinolona con un intervalo de seis semanas, permaneciendo inactivo durante dos meses y medio.

Conclusión: En pacientes VIH negativos es posible observar una respuesta inflamatoria similar a URI. La recuperación inmune tras el tratamiento de la leucemia de células peludas podría haber provocado la inflamación intraocular. El tratamiento con triamcinolona intravítrea controló el EMQ, resistente a otras formas de administración del corticoide. La posibilidad de una URI en pacientes no VIH debería ser tenida en consideración.

CC30

CUADRO DESMIELINIZANTE TRAS EL USO DE BIOLÓGICOS EN PARS PLANITIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Juana M.^a PERELLÓ BARCELÓ, Cátia COSTA JORDAO, Laura ESCUDERO BODENLLE, José L. OLEA VALLEJO

Varón de 26 años acude a Urgencias por disminución aguda de AV en OD (AV sc 0'1/0'7) sin otra sintomatología acompañante con el antecedente de una vasculitis retiniana periférica en 2013 en OI. En la exploración se aprecia vasculitis retiniana periférica, Tyndall vítreo hemático e inflamatorio +. Se trata con corticoterapia tópica y triamcinolona laterobublar 20 mg. A los dos días se bilateraliza, por lo que se comienza con corticoterapia sistémica y se inicia el estudio protocolizado.

En el estudio sistémico sólo salieron positivas HLA-B5 y ANA.

Tras iniciar la pauta de descenso de corticoterapia oral se produce la recidiva al llegar a 20 mg por lo que a los 4 meses del inicio del cuadro se introduce la ciclosporina 400 mg (5mg/Kg).

Seis meses después, persiste el cuadro inflamatorio con vasculitis, snowballs, vitritis, uveítis anterior y una AV de 0'6 en AO por lo que se añade Adalimumab 40 mg cada 15 días.

Seis meses después, con el cuadro oftálmico inactivo y en tratamiento con Adalimumab, ciclosporina 400 mg y prednisona 5 mg, el paciente inicia un cuadro de sensación de inestabilidad y parestesias en las 4 extremidades.

Tras el estudio neurológico se observan en la RMN, hallazgos sugestivos de mielitis difusa y alteraciones en la composición del LCR. Se retira el adalimumab y se trata con megadosis de corticoides.

El paciente se encuentra pendiente de evolución clínica para evaluar el tratamiento definitivo tanto ocular como neurológico.

La asociación de esclerosis múltiple y uveítis es bien conocida. Actualmente, ha cobrado importancia por el uso cada vez más precoz de la terapia biológica que a su vez puede producir como efecto secundario un cuadro desmielinizante.

CC31

QUERATOUVEÍTIS HIPERTENSIVA POR PELO DE ORUGA PROCESIONARIA INTRAOCULAR

Álvaro SALAZAR VILLEGAS, Aníbal ALÉ-CHILET, José CARDEMIL KRAUSE

Introducción: El contacto de pelos de oruga procesionaria con el ojo puede provocar distintas manifestaciones oculares. La queratouveítis es un tipo poco frecuente de ellas, pudiendo ocasionar gran morbilidad ocular si no se trata a tiempo.

Caso Clínico: Se presenta el caso de un varón de 44 años quien refiere la entrada de un cuerpo extraño (CE) en su ojo izquierdo (OI) mientras conducía su motocicleta. Consulta en nuestro servicio de urgencias 6 horas después del suceso por dolor severo en su OI; Se objetiva una agudeza visual OI de 0.4. PIO: 55 mmHg, midriasis arreactiva, Tyndall 4+, edema microquístico y estromal difuso. Cámara anterior (CA) amplia, sin evidencia de CE intraocular.

Después de 4 días de tratamiento con corticoides y antihipertensivos tópicos se logra el diagnóstico etiológico al observar 3 pelos de procesionaria en estroma corneal y una imagen sugerente CE en CA, esto posible gracias al aclaramiento del edema corneal.

Se realiza un lavado de CA y se envía muestra a anatomía patológica donde se confirma la presencia de un pelo de procesionaria en CA. El paciente evolucionó favorablemente con AV OI final de la unidad, pero quedando como secuela una midriasis arreactiva permanente de su OI.

Conclusión: El pelo de procesionaria puede cursar con cuadros de queratouveítis hipertensivas difíciles de diagnosticar si no se tiene una alta sospecha clínica de esta entidad.

CC32

AGUJERO MACULAR POR FOTOTRAUMATISMO CON PUNTERO LÁSER

Maddi ALONSO AGESTA, Javier ELIZALDE MONTAGUT

Introducción: La fácil accesibilidad a la compra de punteros láser (venta indiscriminada en internet, top manta y comercios orientales), ha aumentado la prevalencia de lesiones oculares por su uso indebido.

Caso Clínico: Se presenta un caso insólito de agujero macular tras exposición accidental a un láser azul. La agudeza visual era de 0.4. Se muestra la cirugía de vítreo retina para la resolución del caso, con especial atención a la técnica de disección de la membrana limitante interna. A los 10 días de la intervención el agujero estaba cerrado, con mejoría de la visión a 0.7, quedando un defecto en las capas externas de la retina por posible fotodisrupción del tejido.

Conclusión: Una exposición accidental de corta duración a un puntero láser azul de alta potencia puede provocar la formación de un agujero macular. A pesar de la lesión irreversible que se produce a nivel del epitelio pigmentado de la retina, puede estar indicado realizar un tratamiento quirúrgico con rhexis amplia de la limitante interna, pues con el cierre del agujero macular mejora la agudeza visual.

CC33

DIAGNOSTICO DIFERECIAL DE LESIÓN COROIDEA PIGMENTADA CON FLUIDO SUBRETINIANO EN ÁREA MACULAR. A PROPOSITO DE UN CASO

Nora M.^a ARRIEN LARZABAL, Nerea MARTÍNEZ ALDAY

Presentamos el caso de un varón de 61 años que acudió a nuestro servicio por la pérdida de agudeza visual (AV) de su ojo izquierdo de 3 meses de evolución. Como único antecedente oftalmológico a destacar es la intervención de cirugía refractiva corneal en ambos ojos hace 3 años.

Tras una exploración completa se objetiva una pequeña lesión pigmentada coroidea en área macular. El objetivo final es identificar los signos que sugieran la malignidad de la lesión.

En la tomografía de coherencia óptica (OCT) se observa una alteración moderada del epitelio pigmentario retiniano (EPR) acompañada de un desprendimiento del neuroepitelio (DNE) y alteración de capas externas retinianas a nivel foveal. En la angiografía fluoresceínica (AGF) y angiografía por verde indocianina (ICG) no se aprecia un patrón claro de fuga que sugiera la presencia de una membrana neovascular o vasculopatía polipoidea.

Se inicia tratamiento con una dosis de bevacizumab intravítreo. A pesar de ello hay un empeoramiento de la AV y del DNE por lo que se cambia el tratamiento a aflibercept intravítreo, tras el cual tampoco se consigue mejoría. Debido a la falta de eficacia del tratamiento antiangiogénico y la posibilidad de que el mismo pueda comprometer la identificación de signos de progresión, se decide suspender dicho tratamiento.

Actualmente la lesión se encuentra estable, tanto en AV como en la imagen por OCT. Por ello y debido a que la lesión no presenta claros signos de malignidad, estamos llevando a cabo un tratamiento conservador con controles periódicos con retinografía, toma de AV, OCT y ecografía.

CC34

RETINOPATÍA DE PURTSCHER: HALLAZGOS EN LA ANGIOGRAFÍA MEDIANTE TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA

Elena ÁVILA MARRÓN, John P. LISCOMBE SEPÚLVEDA, Raúl TORRECILLAS PICAZO, Antonio DUCH SAMPER

Introducción: La retinopatía de Purtscher es una microvasculopatía oclusiva y hemorrágica secundaria a traumatismos. El diagnóstico es clínico caracterizado por pérdida súbita de visión, uni o bilateral y anomalías funduscópicas como nódulos algodanosos, hemorragias retinianas, edema de papila y manchas de Purtscher (MDP). La patogenia apoya la teoría de una leucoembolización de las arteriolas precapilares peripapilares y maculares. En estos casos la angiografía mediante tomografía de coherencia óptica (OCT-A) es una técnica no invasiva que aporta información sobre la vascularización retiniana y permite su segmentación para estudiar los plexos vasculares de manera aislada.

Caso Clínico: Varón de 75 años, ingresado tras una compresión torácica, refiere pérdida de visión brusca en ojo izquierdo (OI). No destacan antecedentes personales ni oftalmológicos de interés. En el OI la agudeza visual (AV) era de 0.15, existía un defecto pupilar aferente relativo y la presión intraocular era de 14 mmHg. En el segmento anterior destacaba un hiposfagma nasal y la oftalmoscopia indirecta mostraba múltiples placas blanquecinas peripapilares y una hemorragia macular. Según los hallazgos se diagnostica una retinopatía de Purtscher. La OCT macular muestra una hemorragia prerretiniana, desprendimiento de retina neurosensorial, edema e hiperreflectividad de las capas internas acorde con los nódulos algodanosos. En la OCT-A de nervio óptico la red capilar peripapilar estaba conservada, mientras que por fuera de dicha red, en las MDP, existía reducción del flujo capilar. El paciente no recibió tratamiento médico. A los dos meses desaparecieron gradualmente las MDP y hemorragias prerretinianas con una AV de 1.

Conclusión: La retinopatía de Purtscher es una patología infrecuente sin estar descritos sus hallazgos en la OCT-A. En nuestro caso se muestra una disminución de perfusión en el plexo capilar compatible con la localización de las MDP, respetando el área peripapilar.

CC35

OZURDEX INTRACRISTALINO: EFECTO TERAPÉUTICO MANTENIDO DURANTE 18 MESES A PROPÓSITO DE UN CASO

Rodrigo CLEMENTE TOMÁS, Delia HERNÁNDEZ PÉREZ, Raúl TORRECILLAS PICAZO, Paulina NEIRA IBÁÑEZ

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. Presentamos un caso clínico que demuestra la eficacia terapéutica sostenida durante 18 meses del ozurdex® inyectado accidentalmente en el cristalino.

Caso Clínico: Varón de 63 años al que se inyectó un ozurdex® intravítreo en ojo izquierdo (OI) por edema macular quístico (EMQ) tras obstrucción de rama venosa retiniana. La agudeza visual (AV) era de 0.4. A los 15 días de la intervención se evidenció la presencia del dispositivo alojado en el cristalino.

Debido a que el polo anterior no mostraba inflamación, no se había desarrollado catarata, la presión intraocular (PIO) era normal y el edema macular se había resuelto, decidimos mantener una conducta expectante para valorar la eficacia y seguridad del ozurdex® alojado en el interior del cristalino.

Durante los 14 primeros meses la AV se mantuvo por encima de los valores iniciales. En el mes 14 descendió a los niveles de la primera consulta y en el mes 18 la AV era de 0.05 por el desarrollo de una catarata asociado a la aceleración en la degradación del ozurdex® intracristaliniano.

Se realizó facoemulsificación de cristalino con extracción de los restos del ozurdex® y colocación de lente intraocular.

Conclusión: Una vez que la complicación ha ocurrido la mayoría de autores defienden la retirada temprana del dispositivo mediante facoemulsificación del cristalino y reposición del ozurdex® en el vítreo.

Sin embargo, con este caso demostramos que siempre y cuando el ojo no presente signos inflamatorios en polo anterior, la PIO se encuentre dentro de la normalidad, el dispositivo no afecte al eje visual y no se desarrolle catarata, podemos mantener una actitud expectante evaluando el potencial efecto terapéutico del ozurdex® situado en esta localización anómala para la que no fue diseñado.

CC36

MUTACIÓN DEL GEN GPR98 COMO CAUSA DEL SÍNDROME DE USHER TIPO 2C: A PROPÓSITO DE UN CASO

Cátia COSTA JORDAO, Laura ESCUDERO BODENLLE, Joana PERELLÓ BARCELÓ, María GÓMEZ RESA

Introducción: La retinosis pigmentaria es la distrofia hereditaria retiniana más frecuente. En ocasiones puede asociarse a formas sindrómicas como el síndrome de Usher, enfermedad de herencia autosómica recesiva con diversos subtipos clínicos en función de la mutación genética causante.

Caso Clínico: Mujer de 36 años de edad diagnosticada de sordera neurosensorial desde la infancia y alta miopía, consulta por reducción del campo visual periférico bilateral y nictalopía de 6 meses de evolución. La paciente negaba antecedentes familiares oftalmológicos. La agudeza visual mejor corregida fue de 0.6 en ambos ojos. La exploración del polo anterior evidenciaba la presencia de una catarata subcapsular posterior bilateral y una presión intraocular normal; la exploración del fondo de ojo reveló la presencia de pigmentación retiniana en espículas óseas en media periferia, adelgazamiento arteriolar y palidez papilar; en la imagen de autofluorescencia se observó la presencia de un anillo hiperautofluorescente perifoveal y múltiples zonas hipoautofluorescentes que se correspondían a zonas de atrofia del epitelio pigmentario. En las pruebas electrofisiológicas presentaba una disminución de las respuestas escotópicas de los bastones, y una reducción concéntrica del campo visual en la campimetría. Dado el antecedente de sordera neurosensorial, la orientación diagnóstica fue de retinosis pigmentaria asociada a síndrome de Usher. El estudio genético detectó una mutación patogénica en homocigosis en el gen ADGRV1 (GRP98), de la variante c.17668_17669delAT, que confirmó el diagnóstico de síndrome de Usher tipo 2C.

Conclusión: El síndrome de Usher se caracteriza por hipoacusia neurosensorial, retinosis pigmentaria, y en ocasiones también disfunción vestibular. Se han descrito 3 subtipos clínicos y 10 genes responsables. La mutación del gen GRP98 es la responsable del subtipo 2C, que es una entidad rara.

CC37

NEUMORRETINOPEXIA CON GAS SF6 EN EL TRATAMIENTO DE LA FOVEOSQUISIS ASOCIADA A FOSETA DEL NERVIÓ ÓPTICO

Carlos DURÁN MARTÍN DEL CAMPO, Lucia OCAÑA MOLINERO, Julia PORCEL RUIZ

Introducción: La foseta del nervio óptico es una alteración congénita provocada por el cierre incompleto de la fisura óptica, tiene una Incidencia 1 : 11,000 personas, predominio unilateral, se desconoce la fisiopatología pero se postula una comunicación entre el espacio subaracnoideo y el defecto papilar.

Caso Clínico: Varón de 28 años que se presenta a la consulta por disminución de AV de 5 meses de evolución lentamente progresivo acompañado de metamorfopsias en el ojo izquierdo. Sin antecedentes oculares o sistémicos de interés. En la exploración oftalmológica se observa AVMC en OD de 1 y en OI de 0,4, segmento anterior sin alteraciones. Fondo de ojo se aprecia gran elevación quística foveal. Se realiza Tomografía de coherencia óptica, comprobando foveosquisis asociado a desprendimiento neurosensorial con 928 μm de grosor foveal central. En la angiografía con fluoresceína, se aprecia leve hiperfluorescencia por acumulo, en la OCT papilar se encontró pequeño defecto circular profundo, diagnosticandose finalmente de foseta del nervio óptico. Se propuso tratamiento con inyección intravítrea de gas SF6 100% y postura boca abajo, con posterior láser circundante al defecto papilar, posteriormente se realiza seguimiento con OCT macular, 8 meses después se encuentra con 482 micras de grosor foveal y líquido subretiniano residual, la AVMC mejoró en 0,5.

Conclusión: Es importante descartar dentro de la patología macular quística otras causas como pueden ser secundarias a la miopía patológica como la foveosquisis miópica, inflamatorias, congénitas como retinosquisis juvenil ligada al x, goldman-favre, postquirúrgicas o idiopáticas. Sin embargo la evidencia de un defecto grisáceo excavado a nivel papilar puede orientar el diagnóstico. Actualmente no existe un tratamiento de elección, la vitrectomía en los últimos años se ha convertido en uno de los tratamientos más utilizados, sin embargo le pneumorretinopexia con gas SF6, permanece como una opción de tratamiento exitosa.

CC38

SEGUIMIENTO OFTALMOLÓGICO DE DÉFICIT DE 3-HIDROXIACIL-COA DESHIDROGENASA

Glenda ESPINOSA BARBERI, Sara MIRANDA FERNÁNDEZ, Pedro VALLS QUINTANA

Introducción: El déficit de 3-hidroxiacil-CoA deshidrogenasa es un trastorno mitocondrial autosómico recesivo donde se afecta la oxidación de ácidos grasos de cadena larga. Presenta una prevalencia de 1 caso por cada 250.000 habitantes. Los intermediarios metabólicos acumulados generan la aparición precoz de crisis de acidosis metabólica, hipotonía y afectación cardíaca. Desde el punto de vista oftalmológico existe una retinopatía pigmentaria, que se puede clasificar en 4 estadios. Los primeros hallazgos son la condensación del pigmento a nivel del polo posterior hasta la aparición de un estafiloma posterior y escotoma central en el estadio 4. El tratamiento, ya que la síntesis de ácido docosahexaenoico está bloqueada, es con triglicéridos de cadena mediana.

Caso Clínico: Varón de 18 años diagnosticado a los 4 meses de déficit de 3-hidroxiacil-CoA deshidrogenasa. En los controles oftalmológicos iniciales existe una agudeza visual de 20/20 en ambos ojos, en la funduscopia existe alteración granular a nivel del epitelio pigmentario que respeta periferia extrema y aumento de pigmentación macular. Tras 10 años de seguimiento hay deterioro de la agudeza visual, el campo visual indica la existencia de un aumento de la mancha ciega bilateral, el electrooculograma un índice de Arden patológico, los potenciales evocados una latencia incrementada de manera bilateral y simétrica; y electroretinograma es normal. El estudio genético revela la presencia de una mutación a nivel del gen G1528C.

Conclusión: Dentro de las mutaciones causantes de ésta enfermedad, la del gen G1528C es la más frecuente. Se ha descrito que la afectación tanto del epitelio pigmentario de la retina como de la coriocapilar es precoz, dada la incapacidad para realizar la β -oxidación. Los hallazgos encontrados en nuestro paciente son compatibles con una retinopatía en estadio 3 de la enfermedad. El tratamiento dietético retrasa la aparición de las diferentes repercusiones orgánicas, no las previene.

CC39

ANGIOOCT FRENTE A ANGIOGRAFÍA FLUORESCÉINA EN MACULOPATÍA MEDIA AGUDA PARACENTRAL (PAMM)

Carlos ISANTA OTAL, Pilar CALVO PÉREZ, Francisco de Asis BARTOL-PUYAL, Teresa MARTÍNEZ RINCÓN

Introducción: La maculopatía media aguda paracentral (PAMM) es una patología que ocasiona isquemia capilar retiniana en la capa nuclear interna (INL) y se observa en la tomografía de coherencia óptica (OCT) como lesiones hiperreflectantes de tipo banda. A nivel campimétrico, los pacientes muestran escotomas inespecíficos. En la evolución, se produce un adelgazamiento y atrofia de la INL afectada, y es responsable de los déficits visuales permanentes que los pacientes con PAMM suelen experimentar. Esta entidad se presenta como fenómeno aislado o como complicación de una vasculopatía retiniana subyacente o una enfermedad sistémica.

Casos Clínicos: Tres pacientes varones de entre 50 y 65 años se presentaron con disminución unilateral de la visión de varios días de evolución, sin alteraciones en el segmento anterior. Todos ellos mostraron alguna hemorragia puntiforme y en llama dispersas en el fondo de ojo. La OCT mostró las lesiones típicas de la PAMM. Al realizar la angiografía fluoresceína (AGF), solo se observó un leve retraso en el llenado venoso e ingurgitación venosa. Sin embargo, al realizar una angio-OCT (A-OCT), se puso de manifiesto una isquemia importante del plexo capilar profundo pero no en los plexos superficial ni en la coriocapilar.

Conclusión: En el diagnóstico de la PAMM, la AOCT puede ser una herramienta muy útil para demostrar exactamente a qué nivel anatómico se encuentra la alteración vascular, siendo una prueba fácil y rápida de realizar para el paciente.

CC40

MACULOPATÍA MEDIA PARACENTRAL Y NEURORRETINOPATÍA EN OCLUSIÓN CILIORRETINIANA Y VENOSA TRAS MONODOSIS DE ANTICONCEPTIVO

John P. LISCOMBE SEPÚLVEDA, Elena ÁVILA MARRÓN, Laura MANFREDA DOMÍNGUEZ, Francisco FARÍAS ROZAS

Introducción: Aproximadamente un 40% de las oclusiones de arteria ciliarretiniana están precedidas por una oclusión de vena central, generalmente asociada a factores de riesgo como edad avanzada, hipertensión arterial o uso de anticonceptivos orales. Con el avance en el estudio mediante tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT) se han podido caracterizar en estos casos lesiones en las diferentes capas de la retina como es el caso de la maculopatía media paracentral aguda (MMPA), hallazgo de posible origen isquémico que se ha observado tanto de forma aislada como concurrente con neurorretinopatía macular aguda (NMA).

Caso Clínico: Paciente de 31 años que acude refiriendo un escotoma inferior en el ojo izquierdo de rápida instauración. Como único antecedente refiere el consumo 2 meses antes de una megadosis única de anticonceptivo. Al examen fundoscópico se observan hallazgos concordantes con una oclusión de vena central de retina asociada a una probable isquemia en territorio ciliarretiniano. El examen angiofluoresceínico confirma los hallazgos y la valoración con SD-OCT muestra bandas hiperrefringentes a nivel de la unión plexiforme externa - nuclear externa subfoveal y en la capa nuclear interna yuxtafoveal, hallazgos sugerentes de NMA y MMPA respectivamente, los que se correlacionan con áreas de hipoperfusión macular en los plexos superficial y profundo en la angiografía por OCT. Frente a lo anterior se realiza un estrecho seguimiento y un exhaustivo estudio de factores de riesgo para eventos cardiovasculares e infecciones concurrentes sin hallazgos aparentemente relacionados.

Conclusión: Es escasa la documentación de eventos oclusivos vasculares de este tipo en pacientes jóvenes asociado a dosis aisladas de anticonceptivos, por lo que la coincidencia temporal del cuadro, los hallazgos en la exploración y la maculopatía aguda descrita hacen de éste un caso anecdótico.

CC41

SÍNDROME DE SUSAC, NUEVAS FORMAS DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

José E. MUÑOZ DE ESCALONA ROJAS, David A. GARZA ENRÍQUEZ, Martín GUERRERO MÁRTIR

Introducción: En el Síndrome de Susac se produce una endotelopatía autoinmune que afecta a las arteriolas precapilares del cerebro, de la retina y del oído interno (cóclea y canales semicirculares). Dando lugar a alteraciones neurológicas, auditivas y en la agudeza visual, en este último caso por oclusión en las ramas de las arterias retinianas. Aunque esta triada no está siempre presente de forma completa en todos los casos

Caso Clínico: Presentamos una mujer de 34 años de edad que es remitida a nuestro centro por un cuadro que incluía inestabilidad motora y acúfenos así como disminución en la audición, y de la agudeza visual en su ojo derecho.

En la RM al debut del cuadro se visualizaron pequeñas lesiones hiperintensas inespecíficas en T2/FLAIR en la sustancia blanca subcortical, cuerpo calloso y pedúnculos cerebelosos.

En la exploración del fondo del ojo derecho se confirmó la presencia de placas de Gass y un vaso arterial temporal inferior opacificado y engrosado sin oclusión completa de su luz. Se decidió realizar OCTA (Angiografía por tomografía de coherencia óptica) de polo posterior, donde se puso de manifiesto una pérdida de la red vascular superficial y profunda de la retina del ojo derecho con reducción del número de ramas arteriales y zonas de isquemia periférica en región temporal inferior.

Conclusión: Estos pacientes son tratados con distintos agentes inmunomoduladores en un enfoque no estandarizado.

La terapia con corticoides en dosis altas continua siendo uno de los pilares, pero a menudo son necesarias terapias adicionales como inmunoglobulinas intravenosas, micofenolato mofetilo o ciclofasfamida. Por otro lado las medidas de anticoagulación, los agentes antiplaquetarios y los agentes antivasoespásticos deberían ser considerados.

A modo de resumen el diagnóstico precoz del SS es importante ya que permitiría un tratamiento intenso y mantenido que mejoraría el pronóstico de la enfermedad. La OCTA nos ayudó a la realización del mismo.

CC42

LESIÓN MACULAR POR PUNTERO LÁSER DE LUZ VERDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Elena NAVARRO HERNÁNDEZ, Ezequiel CAMPOS MOLLO, Elisabet RICO SANTOS

Introducción: La FDA (The Food and Drug Administration) clasifica los láseres en función su seguridad. Los láseres de CLASE 1 a CLASE 3A son considerados como seguros puesto que la emisión radiante no supera los 5mW. Los láseres de CLASE 3B (de 6 mW hasta 500 mW) y los CLASE 4 (de más de 500 mW) han demostrado producir efectos dañinos irreversibles sobre la retina. Los punteros láser que tienen permitida la venta al público en España alcanzan como máximo una potencia de 5 mW.

Caso Clínico: Varón 18 años desarrolló un escotoma puntiforme central en el ojo derecho tras accionar un puntero láser de 532 nm y rebotarle la luz del mismo desde un espejo a un metro de distancia. La agudeza visual fue de v=1 en ambos ojos. Se observó un impacto hipopigmentado en la mácula. La tomografía de coherencia óptica mostró una disrupción de la capa de los elipsoides y del epitelio pigmentario retiniano con un perfil foveal conservado. En la angio-OCT se objetivaron alteraciones en capa vascular coriocapilar. Se pautó tratamiento con antiinflamatorios tópicos y antioxidantes vía oral. Los hallazgos de la OCT mejoraron aunque persistió el pequeño escotoma central.

Los daños descritos con láseres de Clase 3A se producen tras exposiciones prolongadas de varios segundos. Por ello decidimos investigar la características del dispositivo utilizado, tratándose de un puntero láser de venta en internet con una emisión radiante de 30 mW. En la misma página web se informaba que en la etiqueta se especificaba una energía de 5mW sesgada para poder superar los controles de seguridad.

Conclusión: Dentro de la Unión Europea, únicamente está permitida la compra de punteros láser de CLASE 3A o inferiores. Sin embargo, algunos dispositivos de mayor potencia podrían presentar datos identificativos falsos para poder pasar los controles de seguridad a pesar de su capacidad nociva. Por ello, es necesario un control estricto de estos dispositivos atendiendo a la realidad de sus especificaciones.

CC43

VITREORRETINOPATÍA EXUDATIVA FAMILIAR . A PROPÓSITO DE UN CASO

Lucía OCAÑA MOLINERO, Carlos DURÁN MARTÍN DEL CAMPO

Introducción: La vitreorretinopatía exudativa familiar (FEVR) es una enfermedad degenerativa de herencia principalmente autosómica dominante caracterizada por ausencia en la vascularización periférica retiniana sin antecedentes de prematuridad u oxigenoterapia. Los problemas visuales y los fenotipos asociados con la vitreorretinopatía exudativa familiar son el resultado de las complicaciones secundarias causadas por isquemia retiniana. Suele ser bilateral y asimétrica. Suele aparecer en la infancia tardía y en la adolescencia (aunque se ha descrito en todos los grupos de edad). Se han encontrado diferentes genes asociados, como FZD4, LRP5 y TSPAN12

Caso Clínico: Paciente mujer de 16 años que consulta por disminución súbita de agudeza visual en ojo izquierdo. Niega antecedentes personales. Nacida a término y sin cuidados intensivos perinatales. A la exploración física presenta:

Agudeza Visual: ojo derecho:1; ojo izquierdo: cuenta Dedos a 5 cm. Polo anterior normal. Fondo de ojo izquierdo: hemovítreo grado III

Se realiza ecografía ocular donde se aprecia retina aplicada con tracción vítrea temporal. Se indica vitrectomía vía pars plana diagnóstica-terapéutica. A la exploración postquirúrgica se observa ectopia macular temporal y exudados asociados a proliferación fibrovascular. En la angiografía fluoresceínica se ve la retina periférica temporal con stop vascular y áreas de isquemia bilateral. Finalmente se estableció el diagnóstico de FEVR.

Conclusión:

1. La FEVR debe tenerse en cuenta ante la presencia de avascularidad periférica e isquemia retiniana.
2. El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos, la historia familiar y la genética molecular
3. El diagnóstico diferencial comprende: Enfermedad de Coats, Enfermedad de Eales y hemoglobopatías entre otras.
4. Es una enfermedad hereditaria degenerativa y progresiva que va a necesitar controles periódicos frecuentes.
5. El pronóstico visual es malo aunque el tratamiento precoz puede mejorarlo.

CC44

RETINOPATÍA TÓXICA POR COBALTO SECUNDARIA A PRÓTESIS DE CADERA TIPO MOM CROMO-COBALTO

Elena PARDINA CLAVER, Francisco J. MONESCILLO LÓPEZ, Araceli CHACÓN GARCÉS, M.^a Esperanza GARCÍA ROMO

Introducción: El uso de prótesis totales de cadera tipo MoM (metal sobre metal) de cromo y cobalto puede producir en un pequeño porcentaje de pacientes la aparición de complicaciones sistémicas a largo plazo a nivel cardiaco, tiroideo, neurológico y ocular. En estas situaciones es necesario reemplazar la prótesis por otra de distinto material.

Caso Clínico: Mujer de 50 años con artritis reumatoide operada de prótesis total de cadera de cromo y cobalto que presenta niveles altos de cobalto en sangre es derivada a consulta para descartar toxicidad ocular. Su mejor agudeza visual corregida es de 20/20 en ambos ojos (AO), test de colores de Farnsworth normal, campo visual normal, exploración de polo anterior dentro de la normalidad y presión intraocular de 14 mmHg en AO. En polo posterior destacan depósitos pequeños perifoveales marronáceos que se correlacionan con un engrosamiento del epitelio pigmentario de la retina (EPR) en la tomografía de coherencia óptica. Se realizó angiografía fluoresceínica revelando un punteado hiperfluorescente en todo polo posterior que respeta parcialmente fovea y periferia y que no se corresponde con las lesiones observadas en el fondo de ojo.

Conclusión: La toxicidad ocular por metales pesados es poco frecuente, entre ellos el cobalto es raro.

Han sido descritos en la literatura casos de escotomas, disminución de visión y alteración en la visión de los colores casi siempre irreversibles con palidez papilar por neuropatía tóxica. Existe un solo caso descrito en humanos que asocia alteraciones visibles del EPR con niveles elevados de cobalto en sangre como ocurre en nuestro caso.

CC45

EFUSIÓN UVEAL POR RADIOTERAPIA EXTERNA EN METÁSTASIS COROIDEA SECUNDARIA A ADENOCARCINAMA DE PULMÓN

Carmen PUEYO ASENSIO, Fernando DOLZ GÜERRI, Vladimir POPOSKI, Daniel VILAPLANA BLANCH

Introducción: Las metástasis intraoculares representan el tumor maligno más frecuente intraocular y en ocasiones el primer signo de diseminación tumoral. El tratamiento de las mismas dependerá del estado general, afectación cerebral acompañante o de tratarse del único hallazgo metastásico

Caso Clínico: Varón de 60 años que acude de urgencias por presentar un escotoma en ojo izquierdo de tres semanas de evolución. Como antecedentes padece un adenocarcinoma de pulmón diagnosticado hace dos años en estadio TxNxM1a, con mutación del factor de crecimiento epidérmico en tratamiento con un inhibidor selectivo de esta vía.

La exploración del polo posterior del ojo afecto presenta un desprendimiento de retina exudativo secundario a una masa coroidea que afecta la mácula parcialmente.

La Resonancia Magnética cerebral pone en evidencia metástasis en el sistema nervioso central, por lo que se decide radioterapia holocraneal y coroidea a 3Gy/día en un total de 30 Gy. Acude nuevamente de urgencias al día siguiente del inicio de la radioterapia, por padecer dolor ocular. Observamos alteración corneal epitelial, presión intraocular (PIO) de 30 mmHg, ángulo camerular grado I y el complejo retina-coroideas detrás del cristalino. En la ecografía detectamos un desprendimiento coroidal masivo. Realizamos iridotomía YAG láser profiláctica. Durante los controles realizados semanalmente, el paciente mostró profundización de la cámara anterior, reabsorción lentamente progresiva del desprendimiento de coroides y mejora relativa de su agudeza visual.

El estudio oncológico nos informó de metástasis pélvicas, cerebrales, pulmonares, hepáticas y pancreáticas por lo que se inició tratamiento quimioterápico sistémico.

Conclusión: La radioterapia holocraneal es un tratamiento eficaz para las metástasis coroido-cerebrales, no exenta de complicaciones. Cuando se produce un desprendimiento coroidal masivo puede resolverse con observación.

CC46

AGUJERO MACULAR Y PLASMA RICO EN FACTORES DE CRECIMIENTO

Kumari RAMCHAND NANWANI, M.^a del Pilar Martín Fernández, Eva Gracia Velilla, Eva Montilla Bao

Introducción: El plasma rico en factores del crecimiento tiene un papel importante en la cirugía del agujero macular, siendo relativamente fácil su obtención y preparación.

Caso Clínico: Mujer de 58 años de edad, con antecedente personal de Diabetes Mellitus II con mal control metabólico, HTA y dislipemia.

Presentaba agudeza visual de 0,6 en OD y de contar dedos a 10 cm en OI.

En la funduscopia, se evidenció retinopatía diabética severa en AO y agujero macular en OI. Se muestran imágenes de la OCT que evidencian hialoides posterior anclada (superficie de adherencia grande) y agujero macular de más de 400 micras.

Se decide cirugía combinada, con Facoemulsificación + LIO CP + VPP 23G+ endoláser+ Plasma rico en factores del crecimiento (PRGF) en el agujero macular + Inyección C3F8 OI. Decidimos no quitar la limitante interna, sólo la hialoides anclada e inyectamos 8 gotas de PRGF en el agujero macular.

Conclusión: Aunque en fase 1 de la antigua clasificación de los agujeros maculares, o sea en fase de adhesión vítreo macular, el 50% de los agujeros se solucionan solos, y entre el 3 y el 11% de los agujeros maculares completos, se cierran espontáneamente, cuando se recurre a la VPP, el pelado de la MLI disminuye la reapertura del AM, pasando del 4-7% sin pelado, al 0,69% con pelado de la MLI. Además, el pelado de la MLI disminuye la incidencia y recidiva de las MER, cuya aparición tras la cirugía favorece la reapertura del AM. En nuestro caso no realizamos pelado, produciéndose el cierre del agujero a los pocos días de la cirugía. El PRGF con la liberación de los factores de crecimiento, pensamos que tuvo un papel importante en la restitución del tejido macular, pasando la agudeza visual de contar dedos a diez cms, a 0,3 a los seis meses.

CC47

OCT-ANGIOGRAFIA EN 3 CASOS DE ENFERMEDAD DE COATS DEL ADULTO

M.^a Rosa SANABRIA RUIZ-COLMENARES, Santiago GARCÍA DE ARRIBA, Belén MALLO MUÑIZ, Patricia IBAÑEZ AYUSO

Introducción: La enfermedad de Coats es una entidad caracterizada por la existencia de anomalías vasculares congénitas de origen desconocido que afectan a los pequeños vasos retinianos y que dan lugar a exudación intra-retiniana. Afecta con más frecuencia a varones y es unilateral. Las formas más graves aparecen en la infancia y dan lugar a exudación dura extensa y abundante de predominio periférico que puede desembocar incluso en desprendimiento de retina exudativo y con mal pronóstico funcional. Los casos más leves, también llamados aneurismas miliares de Leber, se manifiestan en la edad adulta produciendo pérdidas variables de agudeza visual dependiendo de la afectación macular.

Casos Clínicos: Se reportan los cambios encontrados en la exploración mediante OCT-Angiografía en los vasos retinianos de pequeño y mediano tamaño, en el polo posterior en tres casos de Coats del adulto. Los pacientes, con edades comprendidas entre 35 y 57 años, se exploraron mediante el Spectralis OCT-Angiography. Los hallazgos se compararon con los hallazgos en AFG y con la OCT-A del ojo contralateral. Se apreciaron en todos los casos dilataciones vasculares irregulares que afectaban tanto al plexo capilar superficial como al plexo profundo. Los pacientes presentaban grados variables de daño macular, desde edema mínimo hasta engrosamiento macular severo con membrana epiretiniana. Todos los pacientes presentaban lesiones periféricas.

Conclusión: la OCT-Angiografía permite visualizar claramente las peculiares alteraciones vasculares de la enfermedad de Coats y que estas afectan a ambos plexos vasculares retinianos.

CC48

ISQUEMIA COROIDEA EN UN PACIENTE CON PURPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE

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

Introducción: La Púrpura Trombocitopénica Inmune (PTI) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la destrucción de plaquetas inducida por autoanticuerpos junto con una producción insuficiente de las mismas. A pesar de la reducción en el número de plaquetas, estos pacientes rara vez sangran. Además algunos de estos pacientes presentan fenómenos trombóticos, lo que indica la existencia de mecanismos compensatorios procoagulantes que aún no han sido perfectamente clarificados.

Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de PTI con múltiples desprendimientos serosos de retina, secundarios a isquemia coroidea, complicación no descrita anteriormente en la bibliografía.

Caso Clínico: Varón de 36 años, diagnosticado de PTI primaria a los 7 meses de edad a raíz de una hemorragia cerebral, con varios episodios hemorrágicos caracterizados por petequias generalizadas, hematomas y gingivorragias sin sangrados de mayor magnitud, en remisión desde el año 2009. En el año 2017 presenta cefaleas, acúfenos y pérdida de visión en ambos ojos. No se detectaron signos inflamatorios en la cámara anterior. En el FO se observaron múltiples desprendimientos serosos, confirmados en la OCT. La angiografía fluoresceínica mostró un importante retraso en el llenado coroideo. La angiotomografía puso de manifiesto una hipoperfusión de la coriocapilar. El estudio sistémico permitió detectar un nuevo episodio de PTI. El cuadro remitió con el uso de corticoides.

Conclusiones: Entre los mecanismos implicados en la producción de fenómenos trombóticos se han considerado la presencia de anticuerpos antifosfolípidicos en estos pacientes, los efectos secundarios de los tratamientos usados y la presencia de agregados plaquetarios producidos por plaquetas destruidas o activadas. La angiotomografía constituye una herramienta muy útil para la valoración de la isquemia coroidea y el seguimiento de estos pacientes. El diagnóstico y tratamiento precoz podría evitar la aparición de complicaciones con riesgo vital.

CC49

RETINOPATÍA ASOCIADA A VIH CURSO CLÍNICO EN RELACIÓN A RECuentOS DE CD4 Y TERAPIA ANTIRETROVIRAL A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Juan F. SANTAMARIA ÁLVAREZ

Terapia antiretroviral (TARV), Citomegalovirus (CMV), Virus Epstein Barr (VEB).

Introducción: Las manifestaciones oculares pueden aparecer hasta en un 70% de pacientes portadores de VIH. La retinopatía hoy en día gracias al diagnóstico precoz de la enfermedad y en consecuencia al inicio de la TARV ha visto reducida su incidencia.

Se relaciona inversamente al recuento de CD4 y directamente al número de copias de ARN (50% con valores a 100 ul).

Caso clínico: Paciente de 38 años diagnosticada de VIH en 1997 con abandono de TARV desde 2012 ingresada por cuadro febril asociado pancitopenia. Referida a oftalmología por clínica de miodesopsias.

Al examen oftalmológico se evidencia AV de 1,0 bilateral, polo anterior normal y al fondo de ojo floaters bilaterales asociados a exudados algodonosos distribuidos por arcadas vasculares sin hemorragias ni alteraciones a nivel de papilas y máculas.

Analíticas evidencian recuentos de CD4 de 32/ul, serologías de CMV, VEB, VDRL, Toxoplasma, y quantiferon negativos. Orientado como retinopatía asociada a VIH tras excluir otras posibles causas de patología retiniana, se reinicia TARV y se pauta control evolutivo. Tras seis meses de TARV la paciente presenta recuento de CD4 de 300 y carga viral de 6628 con resolución de sintomatología y lesiones en fondo de ojo.

Conclusiones: La retinopatía por VIH se caracteriza por exudados algodonosos, hemorragias y cambios microvasculares. También puede asociar maculopatía isquémica. Las manchas algodonosas son la manifestación más frecuente, aparecen bruscamente y desaparecen sin dejar secuelas. Suelen ser asintomáticas y en algunos casos producen alteraciones en la sensibilidad al contraste, visión cromática y baja en la AV si asocian maculopatía. El diagnóstico diferencial incluye todas las enfermedades que puedan cursar con exudados y sobretudo una retinitis por CMV incipiente. En ausencia de microangiopatía no requieren tratamiento y desaparecen a medida que el estado inmunitario se recupera.

CC50

OCCLUSIÓN DE VENA CENTRAL DE LA RETINA EN PACIENTES JÓVENES: FACTORES DE RIESGO, CARACTERÍSTICAS Y PRONÓSTICO VISUAL

Hugo SANTIAGO BALSERA, Pablo GILI MANZANARO, Elena ESCOBAR MARTÍN, Karla P. GONZALES FARRO

Introducción: La oclusión de la vena central de la retina (OVCR) es una patología rara en adultos jóvenes, con unas características muy diferentes a los pacientes ancianos. El objetivo es realizar una revisión de los antecedentes, las características clínicas, el tratamiento y el pronóstico visual de la OVCR en menores de 45 años, con un tiempo de seguimiento superior a 12 meses.

Casos Clínicos: Estudio retrospectivo consecutivo de 9 pacientes menores de 45 años con OVCR evaluados entre 2006 y 2016. La edad media es de 35,22 años (DS de 5.89), todos unilaterales, sin diferencias entre sexo. Con respecto a los antecedentes, 3 pacientes presentaban dislipemia, 2 hiperhomocisteinemia y 3 de un total de 4 mujeres tomaban anticonceptivos orales. El fondo de ojo mostraba hemorragias retinianas (8/9), congestión venosa (9/9), edema de papila (7/9) y edema macular (3/9). Los tres casos con EMQ recibieron una media de 2,33 inyecciones intravítreas de antiVEGF. La AV media fue 0,49 al inicio y 0,91 al final de la evolución. El tiempo medio de seguimiento fue de 19,33 meses.

Conclusión: La OVCR en pacientes jóvenes es un cuadro poco frecuente, habitualmente sin factores de riesgo cardiovascular, con buen pronóstico visual. El edema macular es poco frecuente y responde bien a la terapia con antiangiogénicos.

CC51

DEGENERACIONES VITREO-RETINIANAS HEREDITARIAS: SÍNDROME DE GOLDMANN-FAVRE

Irene TEMBLADOR BARBA, Marina RUBIO PRATS, Laura MARTÍNEZ CAMPILLO, María MARTÍNEZ JIMÉNEZ

Introducción: El síndrome de Goldmann-Favre (SGF) es una degeneración vítreo-retiniana hereditaria muy rara de herencia autosómica recesiva, caracterizada por presencia de nictalopía, cambios pigmentarios atípicos bilaterales y degeneración vítrea. Otros signos son retinosquias periférica y central y cataratas. Se asocian alteraciones en el electroretinograma (ERG), como realce de los conos S (poco habitual) y en campo visual (CV)

Caso Clínico: Paciente de 3 años que acude porque los padres notan que desvía el ojo derecho (OD) y mayor dificultad visual por la noche. En la exploración, la agudeza visual (AV) es movimiento de mano en OD y 1 en ojo izquierdo (OI). En la motilidad, se aprecia una exotropía de 40 dioptrías prismáticas (DP) e hipertropía de 20 DP con OI fijador. En la biomicroscopía, en OD se observa una catarata cortical con una membrana pupilar y sinequias posteriores y en OI una catarata cortical. En el fondo de ojo (FO) de OD se ve vítreo licuado, con alteración de epitelio pigmentario retiniano con parches de hipo e hiperpigmentación en área macular con retinosquias en periferia y OI es normal.

Se revisa en intervalos de 6 meses, detectando miopía que se corrige en OI, alcanzando la 1 en AV hasta 4 años después, que disminuye a 0,4 con mejor AV corregida. En el FO de OI se ven las mismas alteraciones previas en OD. La AV disminuye en el año posterior a 0,16 en OI. Los resultados de OCT, CV, ecografía y ERG llevaron a la sospecha de SGF, que quedó confirmado con la detección de la mutación NR2E3

Conclusión: Los hallazgos típicos en el FO, junto con nictalopía, pérdida de visión progresiva, ERG alterado y estudio genético permiten el diagnóstico de SGF. Debe hacerse el diagnóstico diferencial con la retinosquias ligada a X, retinosis pigmentaria y degeneración hialoideorretiniana. La cirugía de cataratas se requiere en algunos casos, y aunque se ha probado tratamiento médico y quirúrgico, el pronóstico visual en estos pacientes es bastante pobre

CC52

HAMARTOMA DE MÚSCULO LISO CONGÉNITO: PRESENTACIÓN ATÍPICA EN CONJUNTIVA BULBAR

Ana M.^a CEAUSESCU, Noelia S. LÓPEZ GRAU, Gerardo P. GARCÍA GARCÍA

Introducción: El hamartoma congénito de músculo liso es un tumor benigno de fibras musculares lisas que habitualmente se manifiesta como lesiones cutáneas congénitas. Son raras las formas de presentación oftalmológicas con pocos casos descritos en la literatura. Presentamos el caso de un paciente con hamartoma de músculo liso que implica la conjuntiva bulbar.

Caso Clínico: Niña de 6 años de edad sin antecedentes de interés que acude a consulta para valorar una lesión conjuntival en ojo izquierdo que ha progresado desde el nacimiento. A la exploración se observa una lesión conjuntival asalmonada en zona temporal que invade córnea produciendo neovasos corneales estromales. Ante la sospecha de una lesión conjuntival maligna, se realizó resección de la misma. La anatomía patológica informó de que se trataba de un hamartoma de músculo liso. Histológicamente la presencia de músculo liso en conjuntiva está descrita en zona de carúncula, pero en otras localizaciones es concordante con tejido hamartomatoso.

Conclusión: Los tumores de la conjuntiva son unos de los más frecuentes del ojo y anejos, pero el hamartoma de músculo liso con afectación de la conjuntiva bulbar es considerado una entidad rara. Para el diagnóstico y un correcto abordaje es fundamental la correlación clínico-patológica que exige una buena coordinación entre el oftalmólogo y el patólogo.

CC53

RECESIÓN MUSCULAR PARCIAL PARA EL TRATAMIENTO DE LOS ESTRABISMOS VERTICALES DE PEQUEÑO ÁNGULO

Sasha Y. FINIANOS MANSOUR, Pilar MERINO SANZ, Pilar Gómez De Liaño, Jorge L. MÁRQUEZ SANTONI

Introducción: evaluar la recesión parcial del recto superior e inferior en el tratamiento de las desviaciones verticales pequeñas en 3 pacientes con paresia parcial III, IV nervio y estrabismo asociado a la edad. Los estrabismos verticales de pequeño ángulo no suelen producir alteraciones estéticas importantes, pero si producen diplopía por la pequeña amplitud de fusión vertical que no logra compensar desviaciones > de 4-6 dp verticales. Se han propuesto técnicas quirúrgicas alternativas a la recesión muscular pequeña pero que puede provocar hipercorrecciones, prismas o toxina.

Técnica quirúrgica: realizar recesiones parciales temporales o nasales de uno de los polos del recto superior o inferior. En caso de que la desviación vertical aumente en superversión se operará el recto superior, y en caso de que se afecte en mayor grado la mirada abajo se operará el recto inferior. Cuando no exista torsión previa dará igual operar el polo temporal o nasal de los rectos verticales. Sin embargo, en los casos en los que haya exciclotorsión se operará el polo nasal de los rectos superiores o los temporales de los inferiores, o al contrario si hay inciclotorsión. La cantidad de recesión parcial muscular realizada fue de 2, 4 y 5 mm y en los 3 casos se obtuvo buen resultado con desaparición de la diplopía.

Conclusión: a pesar del buen resultado conseguido se necesitan estudios con un mayor número de casos y con mayor tiempo de evolución para evaluar la estabilidad del resultado. Es imprescindible realizar estudio previo de torsión subjetiva y objetiva.

CC54

SÍNDROME DE MOEBIUS EN NIÑO CON EXPOSICIÓN A MISOPROSTOL EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DE GESTACIÓN

Aída MACHAN, Claudia P. TARAZONA JAIMES, Isabel M.^a MORENO ESCUDERO, José J. MARTÍNEZ TOLDOS

Introducción: El síndrome (o secuencia) de Moebius es una enfermedad rara, caracterizada por parálisis congénita no progresiva de los pares craneales VI y VII asociada a la afectación de otros nervios craneales y a manifestaciones craneofaciales y musculoesqueléticas.

Se presenta generalmente de manera esporádica, pero se han descrito casos familiares. En otros casos se ha relacionado con la exposición durante el embarazo a misoprostol (hasta en un 18,8%), talidomida, benzodiazepinas, cocaína o alcohol étílico y con una rotura prematura de membranas.

Caso Clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 4 años. La madre refiere la ingesta de misoprostol (cytotec[®]) en el segundo mes embarazo con el objetivo de inducir un aborto.

En la exploración oftalmológica destaca la ortotropía en posición primaria de la mirada. Se acompaña de una paresia de la mirada horizontal con limitación de la abducción en ambos ojos y una limitación bilateral moderada de la aducción. A los hallazgos oftalmológicos se suman alteraciones como pie zambo.

Conclusión: No existen unos criterios clínicos establecidos para diagnosticar la secuencia de Moebius. En todos los casos existe una parálisis congénita del VII par craneal asociada a una parálisis de la mirada horizontal. A esto se añade la afectación de otros nervios craneales y alteraciones en las extremidades como dedos supernumerarios, braquidactilia, sindactilia, o pie zambo, que se encuentra relacionado hasta en un 43,8%.

La asociación de malformaciones congénitas de nuestro paciente requiere un abordaje multidisciplinar continuado.

CC55

PULLED-IN-TWO SYNDROME: CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTO

Pablo J. MAZAGATOS USED, Guillermo O. GARCÉS MONSALVE, Pilar MERINO SANZ, Pilar GÓMEZ DE LIAÑO SÁNCHEZ

Introducción: El Pulled-in-two Syndrome (PITS) es una temida complicación de la cirugía de estrabismo que se caracteriza por la rotura de un músculo extraocular bajo tensión. Clásicamente, la localización más propicia es la unión entre el músculo y su tendón, aunque ésta puede ocurrir en cualquier otra ubicación.

El objetivo del estudio es analizar todos los casos de PITS acontecidos en nuestro centro a lo largo de los últimos veinticuatro años y calcular su incidencia, localización, factores de riesgo y describir las opciones terapéuticas para su resolución.

Casos Clínicos: Presentamos tres casos documentados de PITS que ocurrieron entre dos cirujanos expertos.

El primero tuvo lugar en un paciente de 80 años con paresia del VI nervio craneal cuando se realizaba cirugía de retroinserción del músculo recto medio. El segundo ocurrió en una paciente de 62 años con antecedente de cirugía escleral en el curso de otra retroinserción del músculo recto medio.

El tercer caso se trata de una rotura del músculo oblicuo superior al realizar un afilamiento en un paciente de 7 años con diagnóstico de síndrome de Brown.

Para su resolución, en los dos primeros casos fue posible la localización de la porción muscular proximal y su anclaje a esclera, sin embargo, en el tercero se produjo una paresia del oblicuo superior y fueron necesarias dos reintervenciones.

Conclusión: Calculamos una incidencia de un caso de PITS por cirujano cada diez años. Los factores de riesgo fueron la edad avanzada, la presencia de cirugía ocular previa, especialmente cirugía vítreo-retiniana y la paresia de nervios craneales.

A nivel intraoperatorio, su solución viene derivada de la posibilidad de encontrar la porción proximal del músculo afecto y su anclaje a esclera. En el caso de que no sea factible, es posible retroceder el músculo antagonista, realizar una transposición muscular o en casos seleccionados la observación, pero no hay todavía consenso en el tratamiento de elección.

Sin interés comercial.

CC56

DIPLOPIA EN EDAD PEDIÁTRICA. UN RETO DIAGNÓSTICO. SÍNDROME DE MILLER FISHER

Sara RODRIGO REY, Jesús V. ORTIZ CASTILLO, Consuelo GUTIÉRREZ ORTIZ, Daniele FERRARI

Introducción: El síndrome de Miller Fisher (SMF) es una enfermedad poco frecuente, variante del síndrome de Guillain Barré, caracterizado por oftalmoplejia, ataxia y arreflexia.

Caso Clínico: Varón de 13 años que debuta con diplopía y visión borrosa. AV conservada (1 AO). A la exploración presenta una endoforia que empeora con el paso de los días. Se detecta una limitación de los MOE y nistagmus horizonte-rotatorio en todas las posiciones de la mirada periférica. Los MOI también se afectan, iniciando a los pocos días una anisocoria (midriasis reactiva del OI sin DPAR) y leve ptosis izquierda.

El test del hielo, test de fatiga ocular y signo de Cogan son negativos. En la exploración neurológica destaca arreflexia de miembros inferiores y cefalea, sin asociar otros signos como ataxia, parálisis, alteraciones sensitivas ni afectación cerebelosa. Analítica, serología y pruebas de imagen de SNC fueron normales. Punción lumbar con disociación albúmino-citológica sin bandas oligoclonales específicas. Se solicitan anticuerpos antigangliósidos siendo positivo Ig M anti GM1. Se inició tratamiento con inmunoglobulinas durante dos días por vía iv, objetivándose una recuperación progresiva.

Conclusión: La diplopia binocular es uno de los síntomas más alarmantes en la edad pediátrica. Debido a que puede presentarse en graves afecciones del SNC, es preciso realizar un minucioso diagnóstico diferencial. El SMF es un cuadro infrecuente pero debe tenerse en mente cuando las pruebas asociadas son normales. Hay que sospechar de él ante la aparición de la triada clásica asociada a un antecedente de infección viral. La positividad de los anticuerpos antigangliósidos son determinantes en estos casos, debido a su alta especificidad. Un diagnóstico precoz es importante para evitar las temibles complicaciones respiratorias. En niños, la oftalmoplejia puede ser el primer signo y no es infrecuente que seamos el primer especialista consultado.

CC57

CASOS CLÍNICOS CONTROVERTIDOS DE LESIONES MELÁNICAS EN IRIS Y CUERPO CILIAR. NUEVAS APORTACIONES

M.^a Concepción GUIRAO NAVARRO, Valentina BILBAO MALAVÉ, Jesús BARRIO BARRIO, Elsa GÁNDARA RODRÍGUEZ DE CAMPOAMOR

Introducción: Algunos conceptos clásicos para diferenciar patología benigna y maligna de lesiones melanocíticas en iris y cuerpo ciliar, son de utilidad y frecuentemente empleados en consulta. Sin embargo, los criterios clínicos son insuficientes para realizar un correcto diagnóstico en determinados casos, como los que presentamos en esta serie.

El objetivo de este trabajo es, revisar las características de algunas lesiones melanocíticas de la úvea, con la iconografía de las pruebas complementarias realizadas. También es de interés en este marco, revisar la importancia de la anatomía patológica y análisis inmunohistoquímico en el establecimiento de un adecuado diagnóstico.

Casos Clínicos: Nueve pacientes con lesiones pigmentadas en iris y/o cuerpo ciliar, fueron explorados tras realizar la anamnesis. La iconografía que se adjunta, procede de los siguientes exámenes y pruebas realizadas: gonioscopia, biomicroscopía de segmento anterior, examen anatomopatológico, biomicroscopía ultrasónica, tomografía de coherencia óptica de segmento anterior, ecografía, resonancia magnética nuclear y análisis de hibridación fluorescente in situ.

De esta serie de casos, cuatro pacientes presentaban lesiones altamente sospechosas de malignidad, de las cuales dos resultaron ser benignas y dos malignas. Otro paciente fue diagnosticado de melanocitoma; tumor inusual de cuerpo ciliar, y los restantes casos presentaban nevus.

Uno de los casos, presentó una de las complicaciones que pueden surgir tras el tratamiento quirúrgico de una lesión maligna. Es también propio de este trabajo, actualizarnos en las líneas de investigación actualmente existentes para el tratamiento de estas lesiones.

Conclusión: Los datos de un examen anatomopatológico pueden ser de gran ayuda en el diagnóstico de algunas lesiones melanocíticas. Asimismo, conocer los avances en la investigación básica, facilitarán su aplicación en la práctica clínica, de forma que redunden en beneficio del paciente.

CC58

OXIGENOTERAPIA TRANSCORNEAL COMO TRATAMIENTO DE HIFEMA PERSISTENTE EN UN PACIENTE CON ANEMIA DE CELULAS FALCIFORMES

Paulina NEIRA IBÁÑEZ, Álvaro OLATE PÉREZ, Rodrigo CLEMENTE TOMÁS, Laura MANFREDA DOMÍNGUEZ

Introducción: La drepanocitosis es una enfermedad genética autosómica recesiva que presenta múltiples manifestaciones sistémicas. Las lesiones oculares están ocasionadas por isquemia y dificultad en la eliminación de los hematíes.

En el presente trabajo se describe la técnica poco habitual de oxigenoterapia transcorneal para el tratamiento de los hifemas persistentes en pacientes con drepanocitosis.

Caso Clínico: Paciente masculino de 10 años, de raza negra, con antecedente de golpe directo de bajo impacto con una astilla de madera en ojo izquierdo (OI).

Al examen oftalmológico destaca agudeza visual (AV) 0,2 e hifema con altura de 1 mm. La presión intraocular (PIO) es de 12 mmHg. En control posterior se constata aumento de altura del hifema a 2 mm y PIO de 20 mm Hg con leve edema epitelial, que no responde a tratamiento beta-bloqueante tópico.

Se realiza estudio con hemograma completo y frotis que confirma una enfermedad de células falciformes.

Una vez hospitalizado, se realizan dos sesiones de oxigenoterapia transcorneal, de dos horas de duración, utilizando una mascarilla de oxígeno pediátrica, a 3 l/min, humidificada.

A las 2 horas de la primera sesión, la PIO baja a 17 mmHg y el hifema se reduce a 0.7 mm.

A las 24 hrs, tras una segunda sesión, se obtiene una PIO de 10mmHg con altura de hifema menor de 0,2 mm.

El tercer día la PIO es de 8 mmHg con hifema casi imperceptible y AV de 0.8. Se decide el alta y continuar controles de forma ambulatoria.

Conclusión: En el caso expuesto el paciente presentaba una curva de ascenso de la PIO y, al ser un niño de 10 años, se decidió manejo conservador con el uso de la oxigenoterapia transcorneal como tratamiento de rescate. En esta el oxígeno, al difundir hacia la cámara anterior, cambia la estructura del eritrocito haciendo que este pueda atravesar libremente la malla trabecular; por lo que se obtienen resultados satisfactorios inmediatos con disminución de la PIO y aclaramiento de la cámara anterior.

CC59

SÍNDROME HERMANSKY-PUDLAK – A PROPÓSITO DE UN CASO

Iulia OANA PANA, Simón QUIJADA ANGELI, Vanessa A. GERENA ARÉVALO, Belén GRAGERA SOROA

Introducción: El síndrome Hermansky-Pudlak es una enfermedad muy rara que tiene como criterios diagnósticos: albinismo oculo-cutáneo y defecto específico de almacenaje de las plaquetas por ausencia de cuerpos densos. Se han descrito 9 posibles mutaciones genéticas asociadas a este síndrome y la clasificación en función del locus de la mutación genética es útil para optimizar los cuidados y para ofrecer informaciones sobre la posible evolución.

Caso Clínico: Paciente de 25 años ingresado para estudio de episodios sincopales tras deposición melénica con antecedentes personales de hematomas y epistaxis frecuentes, fotofobia, miopía magna, cirugía de estrabismo en la infancia, por lo cual se nos solicita valoración.

Exploración oftalmológica: agudeza visual de 0.5 con corrección. Polo anterior: transiluminación de iris positiva: Grado $\frac{3}{4}$. Fondo de ojo: papila levemente pálida, no es posible precisar región foveal, imágenes parcheadas hipopigmentadas a nivel del epitelio pigmentario de la retina.

Tomografía de coherencia óptica: hipoplasia foveal. Se diagnostica de albinismo ocular. Potenciales evocados visuales :congruente con la sospecha diagnóstica clínica de albinismo.

La analítica, tomografía computerizada abdominal y torácica, gammagrafía de mucosa gástrica, gastroscopía, enteroscopia, eco-Cardiograma trans-torácico son normales. Pruebas hematólogicas compatibles con déficit de gránulos densos.

La pruebas y la clínica son altamente sugerentes de Síndrome de Hermansky-Pudlak, por lo cual se realiza estudio genético, encontrándose una mutación en el gen Hermansky-Pudlak syndrome 3 protein (HPS3) que apoya el diagnóstico.

Conclusión: Aunque es una enfermedad rara, el Síndrome de Hermansky-Pudlak debe ser considerado en cualquier paciente con albinismo oculo-cutáneo dado que una detección precoz y un manejo interdisciplinario adecuado desde el diagnóstico puede prevenir en cierto grado las complicaciones y proveer las informaciones y los cuidados necesarios.

CC60

MACULOPATÍA POR PARAPROTEINEMIA DE WALDENSTRÖM. UNA REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

Carlos RODRÍGUEZ BALSERA, Ana GARCÍA ALONSO, Marta ÁLVAREZ CORONADO, Sandra MACÍAS FRANCO

Introducción: En el concepto de gammapatía monoclonal incluimos un grupo heterogéneo de enfermedades que se caracterizan por la liberación indiscriminada de inmunoglobulinas debido a un clon linfocitario aberrante. La macroglobulinemia de Waldenström es un tipo especial y poco frecuente que puede manifestar alteraciones a múltiples niveles, entre ellos la retina.

Caso Clínico: Hombre de 76 años que acudió a nuestro centro por una disminución de la agudeza visual de su ojo izquierdo (OI) desde hacía 3 meses. No presentaba antecedentes de relevancia salvo hemorragia digestiva alta.

Presentaba unas mejores agudezas visuales corregidas (AVcc) de 0,8 en ojo derecho (OD) y 0,3 en OI que se acompañaba de metamorfopsia.

En la Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) macular de su OI observamos un desprendimiento neurosensorial y quistes en capas internas de la retina, siendo normal en OD. Realizamos una angiografía con fluoresceína objetivando telangiectasias aneurismáticas, shunts, hemorragias intraretinianas y otras anomalías microvasculares en ambos ojos (AO). Se comienza tratamiento en OI con Bevacizumab y posteriormente con triamcinolona intravítrea, sin mejoría objetiva ni subjetiva.

Varios meses después el paciente comienza con anemia y clínica cardiológica (arritmias) por lo que solicitamos una interconsulta a cardiología y un estudio general por parte de su médico de atención primaria. El paciente es diagnosticado de macroglobulinemia de Waldenström que era compatible con el síndrome de hiperviscosidad manifestado en AO. Tras el comienzo con quimioterapia, la clínica se estabilizó sin presentar nuevas recurrencias.

Conclusión: Con esta revisión de la maculopatía por paraproteinemia de Waldenström pretendemos dar a conocer esta patología tan infrecuente, su forma de presentación, posibilidades terapéuticas y pronóstico, además de la importancia que tiene el tratamiento sistémico (quimioterápico) en la evolución natural de la enfermedad.

CC61

FRAGMENTO CRISTALINO SUBRETINIANO TRAS FACOEMULSIFICACIÓN COMPLICADA

Juan M.^a DAVÓ CABRERA, Enrique ALFONSO MUÑOZ, Rafael ARAUJO MIRANDA, Jorge MATAIX BORONAT

Introducción: La facoemulsificación se ha convertido en un procedimiento rutinario y seguro, sin embargo como cualquier cirugía no está exenta de la aparición de complicaciones.

Caso Clínico: Se trata de un paciente de 80 años, que presenta un desprendimiento de retina completo en el ojo izquierdo, como resultado de una cirugía complicada, con paso de fragmentos cristalinos a cavidad vítrea. Se realizó una vitrectomía vía pars plana e inyección de aceite de sili-
cona para conseguir aplicar la retina.

La exploración postoperatoria revelaba una alteración fundoscópica en polo posterior. Se realiza una tomografía de coherencia óptica (OCT) que muestra un fragmento de cristalino alojado en el espacio subretiniano.

Tras cinco meses de seguimiento, se produjo una absorción espontánea del material cristalino. Sin embargo la aparición secundaria de neovascularización coroidea hizo necesario el tratamiento con antifactor de crecimiento vascular endotelial (anti-VGEF) para su regresión.

Conclusión: En base al limitado conocimiento que proporciona este caso y la existencia de una única referencia en PubMed, parece adecuado adoptar una actitud conservadora en estos pacientes.

CC62

USO COMBINADO DE COÁGULO, MEMBRANA DE FIBRINA Y COLIRIO DE PLASMA RICO EN FACTORES DE CRECIMIENTO CON EL KIT ENDORET® EN LA PATOLOGÍA SEVERA DE LA SUPERFICIE OCULAR

Enrique ALFONSO MUÑOZ, Ester FERNÁNDEZ LÓPEZ, M.^a José ROIG REVERT, Cristina PERIS MARTÍNEZ

Introducción: El plasma rico en factores de crecimiento (PRFC) es una herramienta prometedora en trastornos de la superficie ocular debido a su capacidad para estimular la regeneración tisular. Presentamos el uso combinado de coágulo, membrana de fibrina y colirio de PRFC con el kit Endoret® como alternativa al uso de membrana amniótica en trastornos graves de la superficie ocular.

Casos Clínicos: Se trataron seis ojos con defectos epiteliales persistentes y adelgazamiento corneal severo. Las patologías de base incluían Stevens-Johnson (2), causticación ocular (1), artritis reumatoide (1) y córnea neurotrófica (2). El colirio de PRFC, el coágulo y la membrana se prepararon previamente a la cirugía mediante el kit Endoret®. Tras la extracción y centrifugación de la sangre, las dos fracciones de plasma (pobre en plaquetas para la membrana y rica en plaquetas para el coágulo) fueron separadas, se añadió el activador PRFC-Endoret® y se incubaron a 37°C durante 8-10 minutos hasta su solidificación. El coágulo y la membrana se moldearon y recortaron a la medida deseada. El coágulo se posicionó sobre el área de adelgazamiento y la membrana sobre él, fijándola mediante suturas de nylon 10/0. Los pacientes fueron tratados además con colirio de PRFC en el postoperatorio. La membrana de fibrina permaneció en la córnea durante 3-7 días, desapareciendo después gradualmente. El defecto epitelial cerró y el adelgazamiento permaneció estable en cuatro ojos. Dos ojos, pese a la mejoría inicial, evolucionaron a perforación corneal, precisando más intervenciones. No se observaron otras complicaciones en el postoperatorio y la membrana y colirio fueron bien toleradas.

Conclusión: La combinación de coágulo, membrana y colirio de PRGF es una alternativa quirúrgica prometedora para el manejo de úlceras corneales severas, con la ventaja de ser material autólogo. Las diferentes etiologías y severidad de nuestros casos podrían explicar la necesidad de reintervenir algunos de ellos.

CC63

HALLAZGOS EN LÁMPARA DE HENDIDURA, BIOMICROSCOPIA ESPECULAR Y MICROSCOPIA CONFOCAL EN DISTROFIA CORNEAL POLICROMÁTICA

Blanca BENITO PASCUAL, Pedro ARRIOLA VILLALOBOS, David DIAZ VALLE, José M. BENÍTEZ DEL CASTILLO SÁNCHEZ

Introducción: La distrofia corneal policromática es una rara distrofia predescemética, con pocos casos publicados. Presentamos los hallazgos encontrados mediante lámpara de hendidura, biomicroscopía especular y microscopía confocal en una serie de cuatro casos de distrofia policromática.

Casos Clínicos: Se trata de cuatro mujeres de entre 36 y 72 años diagnosticadas de distrofia corneal policromática en revisiones rutinarias. Ninguna refería síntomas visuales ni antecedentes oculares de interés. La biomicroscopía anterior objetivó múltiples y pequeñas opacidades brillantes multicolores en la zona posterior del estroma corneal, con respeto epitelial y estromal anterior. Las opacidades eran bilaterales y distribuidas por toda la córnea. Se exploró a familiares directos, que no presentaban opacidades. En la biomicroscopía especular se observaba un endotelio normal con partículas hiperreflectivas predesceméticas. En la microscopía confocal no se objetivaron alteraciones en epitelio, capa de Bowman y plexo nervioso subbasal. En dos casos se apreciaban en estroma anterior queratocitos hiperreflectivos y pequeñas partículas hiperreflectivas entre ellos. En cuanto al estroma medio, aparecían queratocitos hiperreflectivos en los cuatro casos, partículas hiperreflectivas de pequeño tamaño en dos y en los otros dos existían queratocitos anormales con procesos prominentes. El estroma posterior en los cuatro casos mostró gran cantidad de queratocitos hiperreflectivos y de partículas hiperreflectivas de distintos tamaños. Tales partículas impedían la exploración del endotelio.

Conclusión: La distrofia corneal policromática presenta signos típicos en la exploración, que permiten su diagnóstico y caracterización. Aunque la imagen biomicroscópica parece evidenciar alteraciones solo en estroma posterior, la microscopía confocal demuestra que la distrofia afecta a todo el estroma corneal.

CC64

ANÁLISIS DE EFICACIA DEL REGENERANTE TISULAR CACICOL® EN ÚLCERAS CORNEALES NEUROTRÓFICAS Y DEFECTOS EPITELIALES PERSISTENTES

M.^a Ángeles DEL BUEY SAYAS, Constanza CARAMELLO ÁLVAREZ, Olivia ESTÉBAN FLORIA, Paula CASAS PASCUAL

Introducción: El agente de uso tópico poli-sulfato de carboximetilglucosa 0,01% (RGTA, Cacicol®) es un análogo de bioingeniería de componentes de la matriz extracelular (heparán sulfato), que promueven la regeneración de tejidos.

Casos Clínicos: Se muestran los resultados del tratamiento sobre 52 ojos con úlceras corneales y lesiones epiteliales secundarias a trastornos neurotróficos, causticación, queratectomía fotorefractiva, lesiones metaherpéticas, queratopatía marginal ulcerativa y ojo seco grave, entre otras. Las úlceras eran crónicas y de evolución tórpida con diámetros medios verticales y horizontales de 2,3 y 2,7 mm, respectivamente, (rango: 1 a 5,5 mm). Todos los pacientes fueron tratados previamente con sustitutos lagrimales, derivados hemáticos, ciclosporina tópica, corticoides, lentes de contacto terapéutica o pomada ocular de vitamina A. Los pacientes recibieron una dosis inicial de una gota cada 48 horas durante 10 días, y se estableció una nueva pauta en aquellos pacientes que habían mejorado su evolución sin resolución total del cuadro. Se observó variación en el tiempo de recuperación, desde unos días a semanas, en relación con la severidad y etiología de los casos. La curación completa se objetivó en 44 pacientes. En los casos de úlceras neurotróficas se constató disminución de su tamaño a los 15 días de tratamiento. En 8 de los ojos no se produjo curación completa por falta de efectividad o abandono del tratamiento. En el caso de úlcera grave y cuando se observa un efecto positivo en 1 mes, se continuó la terapia distanciando las aplicaciones hasta la curación completa. Todos los pacientes informaron de una mejoría subjetiva.

Conclusión: El RGTA Cacicol® es un tratamiento tópico eficaz e interesante como coadyuvante en la curación de las úlceras corneales crónicas resistentes a las terapias convencionales.

CC65

ANILLO DE KRUMEICH EN QUERATOPLASTIA LAMELAR ANTERIOR PROFUNDA (DALK): NUESTRA EXPERIENCIA CON 2 CASOS

Marta CALATAYUD PINUAGA

Propósito: Estudiar el efecto anti-vascularización del anillo de Krumeich en pacientes candidatos a DALK con alto riesgo de vascularización del injerto y endotelio sano. Observar complicaciones y efectos a medio-largo plazo.

Método: Se seleccionaron 2 pacientes con vascularización profunda estromal y endotelio sano, comprobado mediante contaje, a los que se sometió a DALK incluyendo en el procedimiento un anillo de Krumeich, cuya capacidad para evitar la proliferación vascular ha sido reportada previamente en queratoplastias penetrantes. Ambos pacientes se controlaron mediante fotografía y OCT de segmento anterior en el preoperatorio, a las 24 horas, 1 semana, 1 mes y posteriormente según la evolución. En ambos casos se realizaron medidas de la profundidad a la que se encontraba el anillo en cada visita, para detectar posibles riesgos de extrusión.

Resultados: Después de la extracción de la sutura, completada a partir de 6 meses desde la intervención quirúrgica, no se ha visto desplazamiento ni extrusión del anillo intraestromal, así mismo la vascularización ha sido controlada sin producirse invasiones de la interfase ni del estroma desde el receptor.

Conclusiones: a pesar de que sería necesaria una serie más larga de pacientes, la implantación del anillo intraestromal de Krumeich ha demostrado ser segura y eficaz en nuestros dos pacientes en cuanto a la vascularización se refiere en un periodo de 1 año de seguimiento.

CC66

ECTASIA POSTQUERATOPLASTIA. NUEVO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Javier CELIS SÁNCHEZ, Eva M.^a AVENDAÑO CANTOS, Diana MESA VARONA, Fernando GONZÁLEZ DEL VALLE

Introducción: La ectasia postqueratoplastia penetrante es una de las complicaciones más frecuentes después de un trasplante corneal y conlleva una mala agudeza visual. Este fenómeno es bien conocido en casos de queratocono y se habla de una posible recidiva de la enfermedad en el injerto corneal. Su tratamiento es difícil, sobre todo, en los casos más avanzados y se han propuesto varias alternativas.

Caso Clínico: Presentamos el caso de un varón de 60 años que había sido sometido a una queratoplastia penetrante en su ojo izquierdo 30 años atrás por queratocono. Tuvo que ser reintervenido al año siguiente por un rechazo endotelial. Se presenta con una marcada ectasia inferior donde se aprecia adelgazamiento importante y desaparición de la capa de Bowman. En un primer intento por corregir la ectasia se implantaron dos segmentos intraestromales sin conseguir una agudeza visual útil. Para evitar una 3^a queratoplastia penetrante, que conlleva un alto porcentaje de rechazo, se realizó una técnica especial de queratoplastia lamelar anterior profunda. Esta técnica conocida en inglés como «Tuck in lamellar keratoplasty» consiste en tallar un bolsillo estromal periférico en la córnea receptora y crear una solapa en la córnea donante lo cual nos permite corregir la ectasia periférica. Se muestra un video de la técnica.

Conclusión: Esta técnica quirúrgica, descrita inicialmente para el tratamiento de queratoglobos, nos permite un tratamiento satisfactorio de las ectasias periféricas postqueratoplastia sin necesitar repetir el trasplante penetrante.

CC67

RESULTADOS A LARGO PLAZO DE CIRUGÍA CROSSLINKING EN DEGENERACIÓN MARGINAL DE TERRIEN

Carlos FERNÁNDEZ-VEGA GONZÁLEZ, José LAMARCA

Introducción: Presentamos los resultados a largo plazo del tratamiento con cirugía de crosslinking (CXL) en un paciente diagnosticado de Degeneración Marginal de Terrien (DMT).

Caso Clínico: Nuestro paciente fue diagnosticado y monitorizado a la edad de 28 años de DMT bilateral mediante exploración biomicroscópica, tomografía de coherencia óptica del segmento anterior, paquimetría ultrasónica, histéresis corneal y factor de resistencia corneal. Se le realizó en ambos ojos tratamiento con CXL excéntrico desepitelizando la zona afectada y tras resección de la conjuntiva limbar, con una fluencia de irradiación de 5,4 J/cm² utilizando 3 mW/cm² durante 30 minutos.

Ocho años de seguimiento postoperatorio mostraron la no progresión de la DMT con mejoras notables en la refracción y en la topografía.

Conclusión: La cirugía de CXL podría representar una alternativa terapéutica en el manejo de la DMT.

CC68

RESULTADO INESPERADO TRAS CROSS-LINKING ACELERADO DE ALTA IRRADIANCIA

Carlota PAZÓ JAUDENES, Nicolás ALEJANDRE ALBA, Julio PRIETO MONTUFO

Introducción: El queratocono (KC) es una ectasia corneal progresiva, frecuentemente asimétrica, caracterizado por cambios en la estructura y organización del colágeno corneal. Con el fin de frenar su progresión, la terapia cross-linking (CXL) se ha introducido como una opción de tratamiento eficiente y segura aumentando la resistencia biomecánica de la córnea. A pesar de que la eficacia del protocolo convencional de CXL se ha demostrado en varios estudios; en los últimos años se han propuesto una multitud de variaciones del CXL destinadas a reducir las complicaciones y la duración del procedimiento.

Caso Clínico: Paciente de 29 años diagnosticado de KC bilateral, con progresión en ojo izquierdo. Se realiza CXL acelerado con desepitelización de 9mm, aplicación de 10 minutos de riboflavina e inducción de luz ultravioleta pulsada (1:1) con una irradiación de 15mW/cm² durante 14 minutos (6.3 J/cm²). Se observó como complicación precoz un haz de localización central que respondió parcialmente a tratamiento corticoideo tópico. Como resultado del CXL se observan cambios importantes en la topografía, produciendo una reducción en la paquimetría de 130µm y un aplanamiento en el valor de la queratometría media corneal de 14.1 dioptrías. La agudeza visual corregida (Avc) con lente de contacto se ha mantenido igual a la previa al tratamiento (0,8). Actualmente la queratometría es estable, teniendo un pronóstico favorable.

Conclusión: Se realiza una revisión bibliográfica con el objetivo de verificar que las dosis utilizadas, así como el tiempo de exposición, son seguras para la paquimetría preCXL que presentaba nuestro paciente. Sin embargo, en nuestro caso se ha producido un aplanamiento excesivo; así como una reducción marcada de su espesor corneal central, sin llegar a producir variación en su Avc. Dado los resultados obtenidos se necesitan estudios a largo plazo para individualizar las dosis y tiempo de exposición de cada paciente con el fin de obtener un resultado óptimo.

CC69

DALK ASOCIADA A VITRECTOMÍA EN HEMATOCÓRNEA

Marta PRADAS GONZÁLEZ, Edgar J. INFANTES MOLINA, Javier CELIS SÁNCHEZ, Fernando GONZÁLEZ DEL VALLE

Introducción: Los casos de hematócornea y patología quirúrgica del segmento posterior asociados son muy infrecuentes y necesitan un abordaje quirúrgico tanto del polo anterior como posterior para su resolución.

Caso Clínico: Presentamos el caso de una paciente derivada a nuestro centro a la que previamente se le realizó una cirugía de cerclaje + vitrectomía (VPP) por desprendimiento de retina en OD y durante la cual se produjo una crisis hipertensiva y una hemorragia vítrea masiva que impidió su realización. En la exploración inicial en nuestro servicio, presentaba una hematócornea central, la cámara anterior ocupada por una burbuja de silicona y se intuía desprendida la retina en la parte superior. Se decidió intervenir a la paciente realizando una queratoplastia lamelar anterior profunda tipo DALK seguida de una VPP 23 G en el mismo acto quirúrgico.

Primero se realizó un premarcado de la hematócornea de 8 mm de diámetro y 480 micras de espesor y se procedió a su disección con espátulas de Melles. Se extrajo la hematócornea tallada y a través de la membrana de descemet transparente se pudo realizar la cirugía de polo posterior. Se realizó retinotomía y extracción de coágulos calcificados subretinianos, estos eran tan grandes que se tuvieron que extraer a través de la esclera dado que el vitrectomo no podía destruirlos. La retina residual se consiguió aplicar con silicona.

Tras la cirugía del polo posterior, se trepanó un botón corneal donante de 8,5 mm de diámetro, sin descemet y se suturó con 16 puntos sueltos de Nylon 10/0.

Conclusión: la realización de una queratoplastia tipo DALK en pacientes con opacidad corneal y necesidad de vitrectomía presenta la ventaja de evitar la queratoplastia penetrante en comparación con el uso de una queratoprótesis temporal. Las córneas criopreservadas tienen una mayor vida media en los depósitos del banco de ojos y esto es muy útil para disponer de un mayor número de donantes para este tipo de trasplantes.