

97 CONGRESO de la
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA

II VIRTUAL



**LIBRO DE
RESÚMENES**

www.virtualseo2021.com
Del 29 de septiembre al 2 de octubre de 2021



THEALOZ[®] DUO

TREHALOSA 3% · HIALURONATO DE SODIO 0,15%

EL DUO QUE HIDRATA Y PROTEGE DESDE 2014



0% CONSERVANTES - 0% FOSFATOS



THEALOZ[®] DUO es la **primera¹** lágrima artificial con **Trehalosa** y **Ácido Hialurónico**

Proporciona **alivio inmediato** que dura todo el día

THEALOZ[®] DUO es la lágrima artificial **líder²** en Europa **avalada por estudios clínicos³**



Théa
let's open our eyes

Thealoz[®] Duo cumple con la legislación vigente de productos sanitarios. Posibilidad rara de irritación ocular leve y enrojecimiento ocular.

1. IMS IQVIA 2. IMS IQVIA TAM 04/2021 S01K sin ciclosporina 3. Schmidl D1, Schmetterer L et al. Tear film thickness after treatment with artificial tears in patients with moderate dry eye disease. Cornea. 2015 Apr;34(4):421-6. Chiambaretta et al. A randomized controlled study of the efficacy and safety of a new eyedrop formulation for moderate to severe dry eye syndrome. Eur J Ophthalmol 2017 (1): 1-9. Balta et al. Effect of a hyaluronate-trehalose solution on ocular comfort and tear film instability after cataract surgery. Ibadfen, 2020; (3): 34-43. Ozek et al. Effect of the bioprotectant agent trehalose on corneal epithelial healing after corneal cross-linking for keratoconus. Arquivo brasileiro de oftalmologia 2018; 81 (6): 505-9



ÍNDICE

CURSOS DE ACTUALIZACIÓN.....	4
COMUNICACIONES EN PANEL.....	30
PANELES CASOS CLÍNICOS.....	30
PANELES CIENTÍFICOS.....	162
VÍDEOS.....	220

Con la colaboración de:





CURSOS DE ACTUALIZACIÓN

TEMA: CATARATA

C1. PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS COMPLICACIONES DURANTE LA CIRUGÍA DE LA CATARATA

Directores: Fernando José Aguirre Balsalobre, María Paz Orts Vila
Colaboradores: José Ramón Hueso Abancens, José Luis Encinas Martín, Juan García Sánchez, Fernando Hernández Pardines

OBJETIVOS:

Conocer, prevenir y saber resolver las dificultades e imprevistos que nos pueden surgir durante la cirugía de la catarata.

GUIÓN:

A lo largo del curso se hará un extenso repaso de las posibles complicaciones que pueden aparecer en el transcurso de una cirugía de cataratas, así como su prevención y el manejo adecuado de ellas por el cirujano de segmento anterior. Se pondrá especial énfasis en la estabilidad de la cámara anterior y el control fluídico. La presentación está ampliamente apoyada con vídeos quirúrgicos.

Duración: 2 horas / Nivel: Avanzado

TEMA: CIRUGIA REFRACTIVA

C2. CIRUGÍA CRISTALINIANA DE LA PRESBICIA: CONTROVERSIAS Y ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR DESDE LA PERSPECTIVA DEL ESPECIALISTA NO REFRACTIVO

Directores: Rafael Bilbao Calabuig, Francisco J. Muñoz Negrete
Colaboradores: Valentín Jiménez Mateo-Sidrón, Elisabeth de Dompablo Ventura, Ana Boto de los Buéis, Luis Arrevola Velasco, Ramón Torres Imaz, Julio José González López, Rosario Cobo Soriano, Félix González López

OBJETIVOS:

La cirugía cristaliniana, especialmente con el desarrollo técnico de las lentes intraoculares «premium», se ha convertido en la técnica más utilizada para la corrección quirúrgica de la presbicia. Sin embargo, su indicación y el uso de dichas lentes resulta controvertido en multitud de situaciones clínicas.

En el presente curso, algunos oftalmólogos refractivos, y otros expertos en diversas subespecialidades (estrabismo, cornea y superficie ocular, glaucoma, retina) presentarán una visión multidisciplinaria sobre el manejo de estos dilemas clínicos. Basándose en su dilatada experiencia y en la bibliografía actualizada, presentarán algoritmos diagnósticos y terapéuticos con la finalidad de delimitar y mejorar las indicaciones de estas intervenciones quirúrgicas.





GUIÓN:

1. Introducción al curso
2. Enfoque de la corrección quirúrgica de la presbicia mediante cirugía cristaliniana y tipo de lente intraocular a utilizar en pacientes con:
 - Alteraciones de la binocularidad y ambliopía.
 - Ojo seco.
 - Distrofia de Fuch y otras distrofias corneales.
 - Queratocono.
 - Glaucoma e hipertensión ocular.
 - Alteraciones de la interfase vitreo-retiniana.
 - DMAE.
 - Retinopatía diabética.
 - Riesgo regmatógeno.
 - Cirugía corneal fotoablativa previa.
 - Lente epicristaliniana previa.
3. Discusión con los asistentes y conclusiones finales.

Duración: 2 horas / Nivel: Intermedio

TEMA: Córnea

C3. ENDO-QUERATOPRÓTESIS (Endo-K)

Director: José Fernando Alfonso Sánchez

Colaboradores: Belén Alfonso Bartolozzi, Carlos Lisa Fernández, Luis Fernández-Vega Cueto-Felgueroso, Ignacio Rodríguez Uña

OBJETIVOS:

1. Presentar la Endo-prótesis corneal (Endo-K)
2. Establecer las indicaciones
3. Describir la técnica quirúrgica
4. Analizar los resultados obtenidos
5. Someter a debate el nuevo procedimiento

GUIÓN:

1. Ideas precursoras del proyecto Endo-K
2. Antecedentes bibliográficos
 - 2.1. Trasplantes lamelares anteriores en insuficiencia endotelial
 - 2.2. Complicaciones del trasplante lamelar anterior profundo
 - 2.3. Complicaciones de la queratoprótesis de Boston
3. Hipótesis y Objetivos del proyecto Endo-K
4. Concepto de trasplante protegido por pseudocámara
 - 4.1. Ventajas intra y post-operatorias
 - 4.2. Inconvenientes intra y post-operatorios
5. Concepto de Endo-K
 - 5.1. Definición como prótesis inter-corneal
 - 5.2. Características de la prótesis



6. Preoperatorio
 - 6.2. Indicaciones
 - 6.3. Condiciones previas
7. Técnica quirúrgica
8. Postoperatorio
 - 8.1. Evolución normal
 - 8.2. Actuaciones secundarias
9. Resultados morfológicos y funcionales
 - 9.1. Recuento endotelial
 - 9.2. Tomografía de coherencia óptica
 - 9.3. Casos clínicos
10. Discusión
 - 10.1. Ventajas intra y post-operatorias
 - 10.2. Inconvenientes intra y post-operatorios
11. Desarrollos presentes y futuros de la Endo-K
12. Coloquio con los asistentes

Duración: 1 hora / Nivel: Avanzado

C4. QUERATOPLASTIA LAMINAR: ACTUALIZACIÓN Y CASOS LÍMITE

Directores: Alberto Villarrubia Cuadrado, Antonio Cano Ortiz

Colaboradores: Ana Boto, Jaime Etxebarria, Javier Celis, Juan Álvarez de Toledo, María Fideliz de La Paz, Mayte Ariño, Nicolás Alejandre

OBJETIVOS:

Plantear casos complicados, tanto en el diagnóstico como en el manejo, de patología corneal, algunos resueltos, otros sin resolver. Todos ellos tendrán relación en su causa o en su resolución, con alguna técnica de Trasplante Laminar, sobre todo, con las técnicas más novedosas y/o con maniobras quirúrgicas descritas recientemente, o con material quirúrgico de reciente diseño. Ofrecer a la audiencia la oportunidad de dar su opinión antes de cerrar el caso y discutir las diferentes opciones de manejo por los ponentes y por los asistentes.

GUIÓN:

Cada ponente, presentará un caso de difícil diagnóstico y manejo, que tenga como causa, resolución o posible abordaje, cualquier técnica de Trasplante Laminar (SALK, DALK, DSAEK, DMEK), o técnicas y/o maniobras novedosas relacionadas con ellas (por ejemplo, DSO, Trasplante de Membrana de Bowman, etc.). Se presentarán 9 casos: 6 minutos para la exposición, y otros 6 para discusión.

Duración: 2 horas / Nivel: Intermedio



C5. TENGO UN NUEVO CASO DE QUERATOCONO EN LA CONSULTA. ¿QUE PUEDO HACER CON EL?

Directores: Jorge L. Alió y Sanz, Rafael Barraquer Compte

Colaboradores: Miguel Maldonado, Ramón Gutiérrez, Jorge Alió del Barrio, Alfredo Vega

OBJETIVOS:

1. Explicar cómo usar la moderna tecnología diagnóstica, en especial la Topografía y Aberrometría corneales, para optimizar el diagnóstico y la gradación del queratocono, de acuerdo con las conclusiones a las que han llegado los estudios de la Red Temática en Investigación Oftalmológica RETICS y la Base de datos de Queratocono Oftared acerca de la clasificación y gradación y tratamiento del queratocono.
2. Mostrar la nueva clasificación Oftared del queratocono, basada en deterioro de la visión en el queratocono y sus correlaciones con otros parámetros exploratorios, así como sus implicaciones clínicas.
3. Explicar la Guía de Indicación de implantes intracorneales, sugerida por Oftared y basada en resultados de nuestros estudios multicéntricos.
4. Explicar la Red Neuronal creada por Oftared para guiar la elección y ubicación de los implantes para la corrección del Queratocono.
5. Mostrar las indicaciones actuales del Crosslinking corneal, con sus principales indicaciones y técnicas, así como sus incertidumbres.
6. Definir las modernas indicaciones de los distintos tipos de de la queratoplastia en el queratocono avanzado.
7. Mostrar a los asistentes las conclusiones hasta ahora alcanzados con los estudios de la Red Temática de Investigación Oftalmológica (RETICS) y Oftared, acerca del diagnóstico y tratamiento del queratocono.

GUIÓN:

El queratocono es una enfermedad ectásica corneal perteneciente a un grupo de patologías debilitantes corneales, en las cuales se encuentran la Degeneración Macular pelúcida y la Ectasia Post-Lasik. Todas ellas tienen una base común, que es el debilitamiento progresivo del estroma y su consecuente deformación corneal. Modernamente, esta patología, más frecuente ahora de lo que antes se creía, presenta alternativas de tratamiento de extraordinario valor que pueden evitar el progreso de la enfermedad a grados avanzados en la mayoría de los casos.

Se presentará así mismo la bibliografía producida por Oftared respecto al diagnóstico y el tratamiento del queratocono para fundamentar en la evidencia el uso práctico de las técnicas diagnósticas y terapéuticas descritas.

Duración: 2 horas / Nivel: Intermedio



TEMA: GLAUCOMA

C6. MANEJO DEL FRACASO DE LA CIRUGÍA FILTRANTE DEL GLAUCOMA

Directores: Ignacio Rodríguez Uña, Pedro Pablo Rodríguez Calvo

Colaboradores: Andrés Fernández-Vega Cueto-Felgueroso, José L. Urcelay Segura, Carmen Rodríguez-Bermejo Guijo

OBJETIVOS:

1. Identificar los factores oculares y perioperatorios que pueden conducir al fracaso de una cirugía filtrante de glaucoma.
2. Definir los parámetros y criterios de fallo y éxito de la cirugía filtrante.
3. Describir las características específicas que presentan los ojos que van a ser sometidos a una segunda cirugía de glaucoma, y en concreto las peculiaridades de las cirugías filtrantes de repetición.
4. Presentar diversas opciones quirúrgicas disponibles para el manejo precoz y tardío ante una cirugía filtrante no funcionante, discutiendo de forma crítica sus ventajas, inconvenientes y la evidencia científica existente.
5. Enumerar los factores más importantes para favorecer el éxito de la intervención, tanto desde el punto de vista de la técnica quirúrgica, del tipo de ojo/paciente y del cirujano.
6. Establecer un posible orden de procedimientos quirúrgicos de rescate con el objeto de favorecer el control tensional a largo plazo y mejorar el pronóstico visual.
7. Aportar consejos prácticos para la correcta selección de cada caso y recomendaciones para la elección de la mejor técnica en función del perfil de paciente.

GUIÓN:

1. Introducción.
 - Eficacia de la trabeculectomía y supervivencia a largo plazo.
 - Definición y criterios de fallo y éxito de la cirugía filtrante.
 - Factores oculares y perioperatorios que pueden conducir al fracaso de una cirugía filtrante de glaucoma.
 - Características específicas de los ojos que van a ser sometidos a una segunda cirugía de glaucoma.
 - Peculiaridades de las cirugías filtrantes de repetición.
2. Manejo práctico del fracaso de la cirugía filtrante.
 - 2.1. Clasificación.
 - 2.1.1. Fallo precoz – Maniobras postoperatorias/Manipulaciones
 - 2.1.2. Fallo tardío – Procedimientos quirúrgicos/Cirugías
 - 2.2. Descripción de las diversas opciones quirúrgicas existentes: tipos; evidencia científica en la literatura en cuanto a eficacia y seguridad; experiencia de los propios autores, presentación de vídeos ilustrativos.
 - 2.2.1. Revisión de ampolla con aguja («needling»).
 - 2.2.2. Revisión de ampolla/colgajo escleral.
 - 2.2.3. Cirugía filtrante: trabeculectomía de repetición y esclerectomía profunda no perforante. Estudios clínicos
 - 2.2.4. Dispositivos de Drenaje de Glaucoma.
 - 2.2.5. Cirugía Mínimamente Invasiva de Glaucoma (MIGS).



3. Discusión sobre los resultados de cada técnica: eficacia, seguridad, supervivencia, controversias, diversidad de estudios y de criterios, tiempos de seguimiento, etc.
4. Esquema general de planteamiento de opciones ante cirugía filtrante fracasada.
 - 4.1. Factores más importantes para decidir qué intervención realizar y favorecer el éxito de la misma: procedimiento, cirujano, paciente.
 - 4.2. Selección de la/s técnica/s.
 - 4.3. Orden:
 - Factores a tener en cuenta.
 - Protocolos propuestos.
5. Consejos prácticos.
 - 5.1. Selección de la/s técnica/s.
 - 5.2. Selección de pacientes.
 - 5.3. Estrategias que favorecen el mejor funcionamiento de la segunda cirugía.
6. Conclusiones.
7. Turno de preguntas. Puesta en común.

Duración: 1 hora / Nivel: Intermedio

C7. GONIOSCOPIA Y GLAUCOMA: ¿CÓMO, CUÁNDO Y POR QUÉ?

Directores: Esther Arranz Márquez, Miguel A. Teus Guezala

Colaboradores: Miguel Ángel Castejón Cervero, Gema Bolívar de Miguel

OBJETIVOS:

Revisión práctica de la exploración gonioscópica. Repaso de la técnica y estructuras presentes en el ángulo. Identificación de los hallazgos patológicos en esta región que facilitan el diagnóstico diferencial y clasificación de los subtipos de glaucomas. Importancia de la gonioscopia en el pre- intra- y post-op de las nuevas técnicas quirúrgicas MIGS.

GUIÓN:

- ¿Cómo?:
 1. Técnica gonioscopia.
 2. Conceptos básicos: Anatomía y clasificación.
 3. Estructuras fisiológicas que pueden llevar a engaño.
- ¿Cuándo?:
 1. Estructuras patológicas en el glaucoma de ángulo abierto.
 2. Estructuras patológicas en el glaucoma de ángulo cerrado.
- ¿Por qué?:
 1. Base clasificación de los glaucomas.
 2. Clasificación del glaucoma por cierre angular primario y secundario.
- Futuro de la gonioscopia: «resurgir» ante la consolidación de las técnicas quirúrgicas MIGS.

Duración: 1 hora / Nivel: Básico



C8. TRABECULECTOMÍA PASO A PASO: TODO LO QUE NECESITAMOS SABER PARA MEJORAR NUESTROS RESULTADOS Y DISMINUIR NUESTRAS COMPLICACIONES

Directores: Miguel Ángel Castejón Cervero, Sofía García Sáenz

Colaboradores: Esther Arranz Márquez, Carmen Carrasco Font, Teresa Pérez Martínez, Blanca Monsalve Córdoba

OBJETIVOS:

Aportar desde el punto de vista teórico los conocimientos suficientes para mejorar la técnica quirúrgica de la trabeculectomía con videos de nuestra práctica quirúrgica que permiten contrastar las mejores opciones.

GUIÓN:

- 1) MANEJO PREOPERATORIO
 - A) Tratamiento Hipotensor Preoperatorio
 - B) TTO. Antibiótico/Antiinflamatorio
 - C) Uso de diuréticos osmóticos inmediatamente antes de la cirugía: Indicaciones
 - D) Manejo de anticoagulantes y/o antiagregantes
 - E) Ojos de riesgo alto de fracaso
- 2) TIPO DE ANESTESIA
 - A) Retrobulbar
 - B) Peribulbar
 - C) Subtenoniana
 - D) Tópica
- 3) MANEJO QUIRÚRGICO
 - A) Localización del área quirúrgica
 - B) Tracción: corneal/recto superior
 - C) Disección conjuntival: fornix/limbo
 - D) Diatermia
 - E) Paracentesis y uso de viscoelásticos
 - F) Tapete escleral: forma, tamaño, instrumental
 - G) Antimitóticos: mmc, 5-fu, anti-vef
 - H) Trabeculectomía: tamaño, cuchillete/punch
 - I) Iridectomía: ¿siempre?
 - J) Acetil colina: ¿siempre?
 - K) Sutura escleral: puntos sueltos/sutura ajustable
 - L) Sutura conjuntival: nylon/vicryl
 - M) Antibiotico en cámara anterior: ¿siempre?
- 4) MANEJO POSTOPERATORIO
 - A) Pauta de revisión
 - B) Uso de midriáticos: ¿siempre?
 - C) Antiinflamatorios: pauta y duración. Corticoides/aines
 - D) Manejo ante una pio alta: hipotensores (pronto), suturolysis, Needling (cuando y como)
 - E) Manejo ante una pio baja. Diagnóstico diferencial y manejo ante: seidel, desprendimiento coroideo
 - F) Manejo del astigmatismo postquirúrgico
 - G) Identificación precoz y tratamiento de una ampolla fracasada

Duración: 2 horas / Nivel: Intermedio



C9. IMPORTANCIA DE LA CÓRNEA EN EL GLAUCOMA

Directora: Gema Bolívar de Miguel

Colaboradores: Miguel A. Teus Guezala, Esther Arranz Márquez, Javier Guzmán Blázquez, Javier Paz Moreno-Arrones

OBJETIVOS:

El glaucoma es una de las principales patologías crónicas dentro de la oftalmología y en ella la importancia de la córnea ha aumentado de manera muy importante en los últimos años. Haremos una revisión de la literatura científica, haciendo hincapié en la relación del glaucoma y la córnea desde diversos aspectos.

GUIÓN:

- Cirugía refractiva y glaucoma: La cirugía refractiva cada vez más extendida cómo bien es sabido modifica no solo el espesor, sino también otras propiedades corneales
- La paquimetría corneal central como factor de riesgo de glaucoma adquirió relevancia desde el OHTS. Analizaremos la importancia del espesor corneal central y de otros parámetros de la biomecánica corneal en el diagnóstico de glaucoma y también en la progresión del mismo.
- Efecto del glaucoma sobre la córnea: Glaucoma y córnea están relacionados, analizaremos como el tratamiento farmacológico del glaucoma puede producir cambios morfológicos a nivel corneal.
- Efecto de los fármacos antiglaucomatosos sobre la fisiología corneal. Comentaremos estudios realizados sobre los efectos que producen distintos de los fármacos tópicos utilizados actualmente para el tratamiento del glaucoma sobre la fisiología corneal.
- La paquimetría corneal en casos especiales; la aniridia congénita: La aniridia en muchos casos se relaciona con el glaucoma y veremos las peculiaridades de estos pacientes.

Duración: 2 horas / Nivel: Avanzado

TEMA: MISCELANEA

C10. CONTROL DE LA MIOPIA EN EL NIÑO PARA EVITAR DISCAPACIDAD VISUAL FUTURA EN EL ADULTO

Director: Antonio López Alemany

OBJETIVOS:

Determinar el perfil clínico de los candidatos a introducir en un programa de control de la evolución de la miopía para evitar el riesgo de la discapacidad visual cuando sea adulto, desde cuando, como realizarlo y con qué elementos ambientales, farmacológico u ópticos, y durante cuánto tiempo para evitar en lo posible el factor riesgo de discapacidad visual asociado al valor cuantitativo de la miopía.

GUIÓN:

- Introducción: Miopía, una pandemia mundial.
- La miopía como causa de discapacidad visual.
- Causas y factores para el desarrollo de la miopía.
- Predicción de la evolución de la miopía en el niño.



CURSOS DE ACTUALIZACIÓN

- Perfil del candidato a un programa de control de la miopía.
- Inicio del programa de control
- Elementos a utilizar y como aplicarlos en función del caso:
 - Ambientales.
 - Farmacológicos.
 - Ópticos
- Duración del programa en función de la evolución.
- Evaluación de los resultados obtenidos.
- Conclusiones

Duración: 1 hora / Nivel: Intermedio

C11. CÓMO INTERPRETAR LOS TESTS DE COLORES Y NO MORIR EN EL INTENTO

Directora: Mar González Manrique

OBJETIVOS:

Hacer un repaso de los fundamentos de la visión cromática y de los distintos tipos de discromatopsias. Aprender a manejar los tests de colores más extendidos en la práctica clínica y elegir el más adecuado a cada caso. Saber qué detectan y cómo lo hacen, conociendo los métodos más precisos para evaluarlos y las aplicaciones disponibles para ordenadores, tablets y smartphones. Definir su utilidad actual y un correcto protocolo de utilización en la patología congénita y adquirida.

GUIÓN:

1. Visión cromática: breve recuerdo anatómico y fisiológico
2. Clasificación de las discromatopsias:
 - a. Discromatopsias congénitas: Tipos. Recreación mediante simulador.
 - b. Discromatopsias adquiridas: Tipos.
3. Tests de colores: Conceptos básicos. Clasificación. Elección del test adecuado. Cómo interpretarlos de manera sencilla. Herramientas informáticas y apps.
4. Aplicaciones clínicas: Patología congénita y adquirida.

Duración: 1 hora / Nivel: Básico

C12. NUEVAS TERAPIAS SISTÉMICAS Y SU REPERCUSIÓN OFTALMOLÓGICA

Directores: Cristina Blanco Marchite, Antonio Donate Tercero

Colaboradores: Sergio Copete Piqueras, Francisco López Martínez, Alejandro Serna Gómez, José Manuel Ortiz Egea

RESUMEN:

Existen terapias sistémicas establecidas o novedosas con afectación ocular frecuente. su uso en centros sanitarios debería de acompañarse de protocolos oftalmológicos, pero desgraciadamente existen centro donde no están establecidos. en este curso se analizan estos medicamentos y la evidencia existente.





OBJETIVOS:

Conocer las implicaciones de los nuevos medicamentos desarrollados para enfermedades sistémicas y su repercusión en oftalmología.

Formulación de hipótesis sobre el origen de efectos secundarios.

Desarrollo de protocolos de seguimiento y recomendaciones para aquellos pacientes tratados con estas medicaciones.

GUIÓN:

Los avances médicos de los últimos años han implicado el desarrollo de nuevos medicamentos, con nuevas dianas terapéuticas, para el tratamiento de enfermedades prevalentes en la población. Algunas de estas nuevas opciones han mostrado repercusión oftalmológica, llegando a crear cuadros propios (p. Ej retinopatía MEK) que implican la modificación del tratamiento sistémico e incluso la retirada de una medicación que puede ser vital para el paciente. Por todo ello el oftalmólogo debe de ser conocedor de estas terapias y de sus efectos secundarios, ser capaz de realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías y de colaborar en el establecimiento del mejor protocolo en el tratamiento y seguimiento de los pacientes.

Para poder cumplir los objetivos se ha desarrollado este curso donde serán analizadas, de manera práctica, terapias oncológicas, neurológicas y dermatológicas destacando los siguientes fármacos: Inhibidores MEK, fingolimod, hidroxicloroquina, interferón y tamoxifeno.

Duración: 1 hora / Nivel: Intermedio

C13. OJO Y EMBARAZO

Directores: María José Vinuesa Silva, Julián García Sánchez

Colaboradores: Enrique Santos Bueso, Ignacio Vinuesa Silva, Ignacio Flores Moreno, María Dolores Pinazo Durán

OBJETIVOS:

Aproximación a las principales patologías oftalmológicas durante la gestación, abordaje y manejo médico-quirúrgico de las mismas.

GUIÓN:

1. Introducción. Presentación del curso.
Dra. María José Vinuesa Silva
2. Glaucoma. Estrategia terapéutica.
Dra. María José Vinuesa Silva
3. Glaucoma. Tratamiento quirúrgico.
Dr. Ignacio Vinuesa Silva
4. Diabetes.
Dr. Enrique Santos Bueso
5. Hipertensión arterial. Eclampsia.
Miopía: ¿Parto o Cesárea?
Prof. Dr. Julián García Sánchez
6. Alteraciones vitreo-retinianas.
Desprendimiento de retina. Oclusiones vasculares.
Toxoplasmosis.
Dr. Ignacio Flores Moreno



7. Los ojos de los niños víctimas del alcohol y de las drogas.
COVID 19 y ojos en embarazo y lactancia
Dra. María Dolores Pinazo Durán
8. Conclusiones. Discusión
Prof. Dr. Julián García Sánchez

Duración: 2 horas / Nivel: Intermedio

C14. OFTALMOLOGÍA BASADA EN RESULTADOS: IMPORTANCIA, HERRAMIENTAS Y REPERCUSIÓN EN LA GESTIÓN CLÍNICA

Director: Gonzaga Garay Aramburu

Colaboradores: Alfonso Arias Puente, Javier Aritz Urcola Carrera, Javier Zarranz Ventura

OBJETIVOS:

- Exponer la importancia de la medición de los resultados clínicos de la asistencia sanitaria oftalmológica, siendo un elemento clave en el proceso de mejora continua.
- Detallar las herramientas disponibles en la actualidad para la recogida de datos en cirugía de catarata y de glaucoma y en el tratamiento intravítreo de la patología macular.
- Detallar los resultados obtenidos y sus aplicaciones prácticas.
- Proporcionar claves para la implantación de la medición de resultados en un servicio de oftalmología.

GUIÓN:

En la actualidad, en un servicio de oftalmología se dispone de diferente información asistencial -administrativa a través de los cuadros de mando hospitalarios, pero desconocemos los resultados clínicos, anatómicos y funcionales, y los reportados por el paciente de la actividad que prestamos.

Debido a la introducción de la historia clínica electrónica y a la constante tecnificación de las consultas de oftalmología, disponemos de un creciente número de datos clínicos que nos permitirían comparar la evolución de las patologías y los resultados obtenidos tras los procedimientos realizados. Por esto, en los últimos años, se han generalizado las comunicaciones sobre registros clínicos en oftalmología. Por ejemplo, la organización sin ánimo de lucro, International Consortium of Health Outcomes Measurement ICHOM, ha generado sets estandarizados de recogida de un mínimo de datos en cirugía de catarata y en patología macular. Estos sets recogen datos clínicos (Clinical Reported Outcome Measurement, CROM) y datos de salud visual reportados por el paciente (Patient Reported Outcome Measurement, PROM). La implantación de este tipo de sets permite conocer los resultados en salud que genera nuestra actividad, comparar nuestros resultados interna y externamente y buscar áreas de mejora, de ahí que se vaya extendiendo a otras patologías como el glaucoma.

Este curso va dirigido a oftalmólogos con interés en conocer los resultados clínicos de su actividad asistencial en el ámbito de los procedimientos antes mencionados

El curso está estructurado en 5 partes:

1. Introducción: necesidad de medición de resultados en salud, registros clínicos en oftalmología, plataformas de recogida de datos, ICHOM...
2. Recogida de datos en cirugía de la catarata a través de la Catedra de salud visual: justificación, método, implantación y resultados.



3. Recogida de datos en cirugía de glaucoma en la OSI Araba de Vitoria-Gasteiz: justificación, método, implantación y resultados.
4. Recogida de datos en terapia intravítrea en patología macular: Fight Retinal Blindness! Project: justificación, método, implantación y resultados.
5. Resumen de los puntos imprescindibles para comenzar a medir resultados en cada servicio. Turno de preguntas.

Los autores manifiestan que no tienen interés comercial específico en proceso del que trata el curso, o en algún producto, equipamiento o proceso de la competencia.

Duración: 2 horas / Nivel: Básico

C15. SIMULACIÓN Y DISIMULACIÓN EN OFTALMOLOGÍA. APROXIMACIÓN Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS AMBULATORIAS

Directores: Ana María Muñoz Hernández, Enrique Santos Bueso

Colaboradores: Diego Zarco Villarroza, José Antonio Menéndez de Lucas, Irene Gallego Lago, María del Rocío García Catalán

OBJETIVOS:

Exponer los distintos casos de simulación en Oftalmología, las pruebas diagnósticas más útiles, así como el manejo de los mismos en la práctica clínica habitual.

GUIÓN:

1. Presentación.
2. Introducción, historia, conceptos básicos.
3. Actitud del médico ante el simulador.
4. Técnicas de detección de ambliopías y amaurosis.
5. Simulación en adultos. Casos clínicos.
6. Simulación infantil. Psicopatología asociada. Casos clínicos.
7. Estudio de las pupilas.
8. Pruebas electrofisiológicas.
9. Aspectos médico-legales de la simulación.
10. Casos prácticos de simulación.
11. Conclusiones y despedida.

Duración: 2 horas / Nivel: Intermedio

C16. CURSO DE INICIACIÓN A LA IMPRESIÓN 3D EN OFTALMOLOGÍA

Directores: Neus Busquet Durán, Eduard Pedemonte Sarriás

Colaboradores: Bartomeu Ayala Márquez, David Hajjar Sesé, Lluís Boixader de Ferrer

OBJETIVOS:

Dar a conocer: Que es la tecnología 3D a través de algunos ejemplos aplicados en oftalmología. A través de un caso clínico práctico estudiaremos paso a paso los distintos procesos para llevar a cabo una planificación y simulación quirúrgica y estudiaremos los beneficios obtenidos.

GUIÓN:

1. Introducción a la impresión 3D. Bartomeu Ayala



CURSOS DE ACTUALIZACIÓN

2. La planificación 3D paso a paso. Dra. Neus Busquet y Sr. Lluís Boixader
 - 2.1. La importancia de la imagen médica
 - a. Obtención y características de las imágenes DICOM
 - b. Anonimación de las imágenes
 - c. Envío de las imágenes.
 - 2.2. Bioingeniería
 - a. Relación oftalmólogo-bioingeniero y/o empresa colaboradora
 - b. Software acreditado: «Materialise Mimics y 3-matic»
 - c. Proceso digital
 - Acotamiento de la zona a estudiar
 - Segmentación
 - Planificación quirúrgica
 - o Como herramienta de diagnóstico
 - o Simulación y entrenamiento quirúrgico
 - o Herramienta de soporte virtual durante la intervención quirúrgica
 - 2.3. Formato STL
 - a. Modelos impresos
 - b. Modelos quirúrgicos
 - Finalidad educativa: simulación y entrenamiento quirúrgico
 - Guías quirúrgicas
 - Soporte a la planificación quirúrgica con un visor tecnológico
 - Modelos implantables
 - c. Instrumentos quirúrgicos
 - 2.4. Beneficios de la tecnología 3D
3. Tecnologías de impresión y materiales. Sr. Lluís Boixader
4. Normativa sanitaria. Dr. Bartomeu Ayala
5. Otros ejemplos de la aplicación 3D en oftalmología. Dr. Eduard Pedemonte y Dr. David Hajjar

Duración: 2 horas / Nivel: Básico

TEMA: NEURO-OFTALMOLOGIA

C17. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA PATOLOGÍA NO GLAUCOMATOSA DEL NERVIÓ ÓPTICO

Directora: Consuelo Gutiérrez Ortiz

Colaboradores: Gema Bolívar de Miguel, Miguel Ángel Castejón Cervero, Javier Paz Moreno-Arrones

OBJETIVOS:

Las patologías del nervio óptico se pueden clasificar grosso modo en glaucomatosas y las que no lo son. En ocasiones una papila anómala puede plantear dudas diagnósticas en cuanto a la etiología de la alteración con implicaciones importantes para el manejo del paciente y su tratamiento. Por lo tanto, el objetivo del curso es realizar un diagnós-



tico diferencial de las características de las distintas patologías con claves para identificarlas de forma sistemática y evitar errores comunes en su identificación.

GUIÓN:

1. Diagnóstico diferencial de la patología no glaucomatosa del nervio óptico: mostrando cuáles son las características de una papila glaucomatosa de otra «neuro-oftalmológica» en cuanto a palidez, excavación, hemorragia, edema, etc.
2. Neuropatías inflamatorias: desmielinizantes, infecciosas y parainfecciosas. Este es uno de los grupos más frecuentes. La edad de inicio, la patocronia, las pruebas complementarias y la evolución son las claves fundamentales para su diagnóstico. Le era de los biomarcadores nos permiten diferenciar las neuropatías asociadas a la esclerosis múltiple de los cuadros con anticuerpos anti-acuaporina y de los asociados a los anti-MOG.
3. Neuropatías isquémicas: arteríticas y no arteríticas. En pacientes de edad avanzada y/o con factores de riesgo cardiovascular son entidades relativamente frecuentes. Diferenciar ambos tipos (arteríticas vs no arteríticas) es fundamental para evitar complicaciones posteriores.
4. Neuropatías compresivas: las neuropatías compresivas son entidades que no deben pasar desapercibidas por sus implicaciones visuales y/o sistémicas. Las claves diagnósticas son su curso evolutivo y las pruebas de imagen.
5. Neuropatías hereditarias, tóxicas y nutricionales: hacer un correcto diagnóstico nos permitiría iniciar tratamientos en la neuropatía de Leber, diagnosticar neuropatías asociadas a determinados hábitos de vida (alcohol/tabaco, estados de malnutrición) y conocer los posibles fármacos tóxicos para el nervio óptico.

Duración: 2 horas / Nivel: Intermedio

C18. ERRORES FRECUENTES EN NEUROOFTALMOLOGÍA Y CÓMO EVITARLOS

Directores: Bernardo F. Sánchez Dalmau, Rafel Alcubierre Bailac

Colaboradora: Anna Camós Carreras

OBJETIVOS:

En este curso, de una manera práctica, se pretende que el alumno sea capaz de reconocer las enfermedades más frecuentes de la subespecialidad, y aprenda un manejo apropiado de ellas.

1. Actualización del conocimiento existente en neurooftalmología
2. Orientación a la identificación de los errores más frecuentes en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con este tipo de patología
3. Conocimiento de las opciones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas
4. Identificación de las emergencias neurooftalmológicas de riesgo vital

GUIÓN:

Evaluación de los errores más frecuentes en:

Patología de nervio óptico y vía visual aferente, Patología de motilidad extrínseca, Patología de motilidad intrínseca

Manejo de las pruebas complementarias:

Indicaciones, Neuroimagen, Tomografía de coherencia óptica, Otros



CURSOS DE ACTUALIZACIÓN

Se comentarán los errores en la evaluación clínica, en la interpretación de datos de la exploración, en la terapéutica de las patologías más frecuentes, con actualización de pautas de tratamiento.

Interacción con otras especialidades o subespecialidades

Casos clínicos, Consejos prácticos y Decálogo de trabajo

Aporte de documentación y guías clínicas de referencia

Duración: 2 horas / Nivel: Intermedio

TEMA: OCULOPLASTIA

C19. BLEFAROPLASTIA. INDICACIONES Y TÉCNICAS

Director: Marco Sales Sanz

Colaboradores: Andrea Sales Sanz, Hae-Ryung Won Kim

OBJETIVOS:

Destacar la valoración preoperatoria del paciente candidato a cirugía de rejuvenecimiento periocular. Establecer las indicaciones de cada tipo de blefaroplastia, así como los factores que van a influir en cada variante de las técnicas. Presentar de forma detallada cada una de las técnicas quirúrgicas, destacando los puntos que condicionan un buen resultado quirúrgico. Describir las complicaciones asociadas a la cirugía de blefaroplastia, como prevenirlas y su tratamiento.

GUIÓN:

- Blefaroplastia superior
- Blefaroplastia inferior
- Complicaciones de las blefaroplastias

Duración: 1 hora / Nivel: Intermedio

C20. ACTUALIZACIÓN Y MANEJO DE LA LACERACIÓN CANALICULAR

Directores: Alejandro Serna Gómez, José Manuel Ortiz Egea

Colaboradores: Roberto Anaya Alaminos, María Antonia Fagúndez Vargas, María José Carrilero Ferrer, Sergio Copete Piqueras, Cristina Isabel Blanco Marchite

OBJETIVOS:

El traumatismo canalicular es una patología oftalmológica que se presenta con relativa frecuencia en nuestro medio, y para la cual no existe un protocolo de manejo y abordaje quirúrgico estandarizado, lo que provoca ciertas dudas a la hora de enfrentarnos a la misma.

El objetivo del curso es dar respuesta a las principales cuestiones relacionadas con el manejo del traumatismo canalicular, aportando ideas claras y concisas sobre el abordaje de esta patología



GUIÓN:

- Causas de traumatismo canalicular
- Diagnóstico
- ¿Reparar siempre una laceración canalicular?
- ¿Cirugía urgente o demorable?
- Técnica quirúrgica:
 - * Medio físico y recursos para realizar cirugía.
 - * Localización sección medial canalicular.
 - * Sutura directa canalicular vs pericanalicular
 - * Intubaciones monocanaliculares vs bicanaliculares. Nuevo sistema (Lacrijet®).
 - * Técnicas quirúrgicas de reparación.
 - * Complicaciones.
 - * Factores pronósticos.
 - * Éxito funcional y anatómico.

Qué hacer cuando la técnica reparadora ha fracasado.

Duración: 1 hora / Nivel: Intermedio

C21. CIRUGÍA ORBITARIA TUMORAL: USO DE ULTRASONIDOS

Director: Enrique Mencía Gutiérrez

Colaboradores: Regina María López-Ladrón García de la Borbolla, María Dolores Lago Llinás, Silvia Pérez Trigo, Álvaro Bengoa González

OBJETIVOS:

Describir en el tratamiento quirúrgico de los tumores orbitarios benignos y malignos, el uso de un sistema aspirador ultrasónico (SONOPET®). Conocido desde 1962 en otras especialidades como neurocirugía, y desde hace pocos años usado por nosotros con seguros y excelentes resultados.

GUIÓN:

- Indicaciones quirúrgicas del uso de un dispositivo ultrasónico en cirugía orbitaria y revisión en la literatura.
- Fundamento y uso del motor ultrasónico aspirador (SONOPET®) y comparación con otros dispositivos.
- Descripción anatómica de la órbita y vías de abordaje quirúrgicas.
- Experiencia quirúrgica. Selección de casos, vías de acceso, elección de terminales. Perspectiva de futuro.

Duración: 1 hora / Nivel: Intermedio



C22. VÍDEO-CURSO: PRINCIPALES TÉCNICAS QUIRÚRGICAS OCULOPLÁSTICAS AL ALCANCE DE TODOS

Directores: Álvaro Arbizu Duralde, Ricardo Romero Martín
Colaboradores: Margarita Sánchez Orgaz, María Granados Fernández

OBJETIVOS:

Enseñar las principales técnicas quirúrgicas que se realizan en el campo de la oculoplastia mostrando vídeos explicativos.

GUIÓN:

- Anatomía quirúrgica del párpado superior y párpado inferior.
- Blefaroplastia superior.
- Cirugía de ptosis palpebral mediante inserción de aponeurosis del elevador.
- Tira tarsal.
- Cirugía de entropión mediante inserción de retractores.
- Cirugía de triquiasis: rotación de tarso marginal.
- Colocación de pesa de platino.
- Espaciador de cartílago auricular y tira tarsal.
- Injerto tarsal libre.
- Evisceración.
- Enucleación

Duración: 2 horas / Nivel: Intermedio

C23. ESTETICA PERIOCULAR – TOXINA BOTULINICA, RELLENOS, LIPOESTRUCTURA

Director: Bazil Tit-Liv Stoica
Colaboradores: Nicolás Toledano Fernández, Ignacio Genol Saavedra, Raquel Lapuente Monjas

OBJETIVOS:

En los últimos años los pacientes están cada vez más interesados en tratamientos estéticos para el rejuvenecimiento facial.

El curso ayudará a los oftalmólogos con interés en oculoplastia a seleccionar mejor a los pacientes y a ofrecer un tratamiento individualizado para mejorar la estética periocular. Se van a detallar las técnicas más usadas hoy en día para poder obtener el mejor resultado minimizando el riesgo de complicaciones.

De interés para todos los oftalmólogos, se va a presentar el diagnóstico y el manejo de las posibles complicaciones relacionadas con los tratamientos de estética periocular.

GUIÓN:

1. Introducción
2. Envejecimiento periocular
3. Seleccionar a los pacientes y ofrecer un tratamiento individualizado
4. Toxina botulínica - Técnicas de inyección. Complicaciones. Manejo de las complicaciones
5. Rellenos - Tipos de rellenos. Técnicas de inyección. Complicaciones. Manejo de las complicaciones



6. Lipoestructura - Técnicas de extracción de la grasa autóloga. Preparación de la grasa autóloga: microfat, nanofat. Técnicas de inyección. Complicaciones. Manejo de las complicaciones.
7. Discusión. Preguntas
8. Clausura

Duración: 2 horas / Nivel: Intermedio

C24. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS PTOSIS

Director: Nicolás Toledano Fernández

Colaboradores: Teresa Vozmediano Serrano, Bazil Tit-Liv Stoica, Ángel Arteaga Sánchez, Raquel Lapuente Monjas, Luna Chenoll Barbero

OBJETIVOS:

A la finalización del curso, el asistente deberá conocer los tipos de ptosis más frecuentes, las técnicas exploratorias y cuando remitir al paciente con ptosis a otros especialistas o solicitar pruebas de imagen.

Al mismo tiempo, el asistente deberá conocer las indicaciones de cada una de las técnicas quirúrgicas y las maniobras más importantes de cada una de ellas. Finalmente, se hará un repaso de las complicaciones asociadas más habituales y su manejo.

Se pretende que el curso sea muy dinámico y con abundante material didáctico (videos y fotografías).

GUIÓN:

- Breve repaso anatómico
- Clasificación de las Ptosis
- Exploración de las Ptosis (cuándo remitir al neurólogo y cuándo pedir pruebas de imagen)
- Indicaciones de cirugía de Ptosis
- Técnicas quirúrgicas (reapliación de aponeurosis del elevador, resección del elevador, resección supramáxima, suspensión al frontal, conjuntivomüllerectomía).

Duración: 2 horas / Nivel: Intermedio

C25. COMO SUPERAR EL MIEDO A LA CIRUGÍA DE LA OBSTRUCCIÓN DEL VÍA LAGRIMAL. TRUCOS PARA CONSEGUIRLO

Directora: M.^a Teresa Vozmediano Serrano

Colaboradores: Nicolás Toledano Fernández, Ángel Arteaga Sánchez, Bazil Stoica, Ester Casas Gimeno, Ángel Romo López

OBJETIVOS:

Dotar al asistente de habilidades prácticas para solucionar los pasos más complejos y mejorar los resultados de las diferentes cirugías relacionadas con la obstrucción de la vía lagrimal.

GUIÓN:

Con frecuencia el tratamiento quirúrgico de la obstrucción de la vía lagrimal (OVL) es una cirugía que está sometida a errores de concepto y de técnica que conducen en mu-



chos casos al fracaso de la misma. Además, se trata de procedimientos que requieren una curva de aprendizaje alta en un campo quirúrgico poco familiar para el oftalmólogo. Todo ello ha convertido a la cirugía de vía lagrimal en un procedimiento incómodo para la mayoría de nuestros colegas.

Por tanto, este curso pretende:

- Establecer criterios de indicación y exploración de la cirugía de vía lagrimal.
- Eliminar los errores más frecuentemente cometidos durante las cirugías.
- Desvelar estrategias quirúrgicas para mejorar los resultados.

Todo ello referido al manejo de la obstrucción congénita de la vía lagrimal, de la dacriocistorrinostomía externa (DCR-ext), de la dacriocistorrinostomía endonasal (DCR-end), de la canalículodacriocistorrinostomía (c-DCR) y de la conjuntivodacrio/rinostomía (conj-DCR).

Duración: 2 horas / Nivel: Básico

TEMA: OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA Y ESTRABISMO

C26. ERRORES Y COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA Y CIRUGÍA DE ESTRABISMO

Directoras: Pilar Gómez de Liaño, Pilar Merino Sanz

Colaboradoras: Rosario Gómez de Liaño Sánchez, Teresa Blanco Sánchez

OBJETIVOS:

Explicar los errores y las complicaciones asociados a la anestesia y cirugía de estrabismo. Cómo prevenirlos y tratarlos. Conocer el pronóstico de los diferentes tipos.

GUIÓN:

1. Errores pre-operatorios: en la preparación del paciente y en la decisión quirúrgica, en la medición de la desviación, en el diagnóstico, y en la dosificación quirúrgica.
2. Complicaciones intra-quirúrgicas.
3. Complicaciones postoperatorias.
4. Diplopía postoperatoria: mito o realidad. ¿Cuándo y por qué se origina? ¿Tiene solución?
5. Complicaciones relacionadas con la anestesia tópica, local y general. ¿Qué tipo de sedación es la más adecuada? Ventajas e inconvenientes de los diferentes tipos de anestesia. Cómo prevenir los vómitos después de la cirugía.
6. Cómo manejar la anticoagulación previa a la realización de la cirugía de estrabismo.
7. Importancia del check-list.

Preguntas y discusión

Duración: 2 horas / Nivel: Intermedio



TEMA: SUPERFICIE OCULAR

C27. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN SUPERFICIE OCULAR

Directores: José Antonio Gegúndez Fernández, David Díaz Valle

Colaboradores: Ricardo Cuiña Sardiña, Rosalía Méndez Fernández, Pedro Arriola Villalobos, Mayte Ariño Gutiérrez, Lara Borrego Sanz, José Manuel Benítez del Castillo Sánchez

OBJETIVOS:

A la conclusión del curso los participantes conocerán las técnicas quirúrgicas requeridas para resolver eficazmente las enfermedades comunes de la superficie ocular.

GUIÓN:

Este curso presentará a través de múltiples videos técnicas quirúrgicas para el manejo de diversas enfermedades de la superficie ocular, algunas de las cuales pueden realizarse en salas de cirugía menor o en la propia lámpara de hendidura. Los temas incluirán procedimientos sobre la disfunción de las glándulas de Meibomio, cirugía del pterigium con adhesivos tisulares y mitomicina-C, neoplasias intraepiteliales y otros tumores conjuntivales y corneales, queratectomías superficiales y resección nódulos de Salzmann, micropunciones en el síndrome de la erosión corneal recurrente, desepitelización y quelantes químicos en la queratopatía en banda, antiangiogénicos en neovasos corneales y otras inyecciones intraestromales de fármacos, anillos intraestromales (ICRS) y cross-linking (CXL) en el queratocono, cirugía corneal del astigmatismo mediante incisiones arcuatas y resecciones en cuña, autotrasplante epitelial simple de limbo (SLET), trasplantes de membrana amniótica, flaps conjuntivales y de tenon, adhesivos tisulares en perforaciones oculares, queratoplastias tectónicas y parches esclerales.

Duración: 2 horas / Nivel: Intermedio

C28. QUIMIOTERAPIA TÓPICA EN LAS NEOPLASIAS DE SUPERFICIE OCULAR

Director: Valentín Huerva Escanilla

OBJETIVOS:

- Conocer los quimioterápicos tópicos que pueden ser utilizados para tratar neoplasias de la Superficie ocular.
- Establecer pautas de tratamiento y duración
- Reconocer efectos adversos, falta de respuesta y alternativas

GUIÓN:

- Descripción de las neoplasias malignas de la superficie ocular
- Presentación de los diferentes quimioterápicos que pueden utilizarse para su tratamiento
- Posología, concentración y duración de la administración.
- Evolución de la terapia y efectos adversos.
- Presentación de casos con las diferentes modalidades

Duración: 2 horas / Nivel: Intermedio



TEMA: UVEITIS

C29. DILEMAS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN UVEÍTIS

Directores: Alejandro Fonollosa Calduch, Alfredo Adán Civera

Colaboradores: David Díaz Valle, José A. Gegúndez Fernández, Víctor Llorenç Belles, Ester Carreño Salas

OBJETIVOS:

- Conocer los fundamentos del abordaje diagnóstico y terapéutico de las uveítis
- Revisar el proceso diagnóstico de las uveítis, la importancia del diagnóstico diferencial y la anamnesis tanto oftalmológica como sistémica
- Revisar las semiología oftalmológica de las uveítis tanto clínica como de técnicas de imagen, haciendo especial hincapié en las más novedosas como la angiografía OCT, el OCT coroideo y la autofluorescencia de fondo ocular
- Revisar las principales pruebas analíticas complementarias en uveítis y señalar la importancia de la colaboración multidisciplinar
- Revisar los principales tratamientos locales y sistémicos de las uveítis; explicar las estrategias actuales de tratamiento (estrategia «step up» y «top down»), y en relación a los biológicos la potencial utilidad de medida de niveles de fármaco y anticuerpos antifármaco en la toma de decisiones terapéuticas.

GUIÓN:

Cada ponente presentará un caso clínico complejo que servirá de punto de partida para abordar los objetivos mencionados; a medida que presenta el caso el ponente solicitará la opinión de los demás ponentes y al público para generar discusión; al final del caso se establecerán unos puntos clave, basados en la evidencia científica y la experiencia del ponente sobre la materia que se ha discutido.

Duración: 2 horas / Nivel: Intermedio

TEMA: VITREO-RETINA

C30. ACTUALIZACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES PAQUICOROIDEAS

Directores: José I. Fernández-Vigo Escribano, Juan Donate López

Colaboradores: Lorenzo López Guajardo, Alicia Valderde Megías, Francisco Javier Moreno Morillo, Noemí Güemes Villahoz

OBJETIVOS:

El objetivo del curso es realizar una actualización en el diagnóstico y tratamiento de las entidades incluidas en el espectro de enfermedades paquicoroideas, siendo sus principales representantes la neovascularización tipo 1 aneurismática o vasculopatía polipoidea idiopática y la coriorretinopatía serosa central (CSC).

Se realizará una actualización del espectro de estas enfermedades y se explicarán los últimos avances en el conocimiento de su fisiopatología. Se abordará de forma práctica el diagnóstico de estas enfermedades mediante técnicas de imagen multimodal, así como su diagnóstico diferencial.



Además, se realizará una actualización del abordaje terapéutico de estas entidades con la última evidencia científica disponible, ya que existe controversia con las diferentes opciones de tratamiento disponibles en la actualidad.

Por último, se presentarán una serie de casos clínicos para proporcionar consejos diagnósticos y terapéuticos y cómo evitar errores en el manejo de las enfermedades paquicoroideas.

GUIÓN:

- Introducción y actualización del espectro de enfermedades paquicoroideas
- Neovascularización tipo 1 aneurismática: presentación, diagnóstico multimodal de imagen y diagnóstico diferencial
- Neovascularización tipo 1 aneurismática: actualización en el tratamiento
- CSC: presentación, diagnóstico multimodal de imagen y diagnóstico diferencial
- CSC: actualización en el tratamiento
- Casos clínicos: Consejos y errores diagnósticos frecuentes

Duración: 1 hora / Nivel: Intermedio

C31. CIRUGIA TUMORAL ENDOCULAR

Director: Daniel Vilaplana I Blanch

Colaboradores: José García-Arumí, Josep M.ª Caminal Mitjana, Daniel Lorenzo Parra

RESUMEN:

Se describen los diferentes tumores endoculares que son susceptibles de tratamiento quirúrgico

La patología tumoral endocular es muy variada. Desde tumores malignos como el melanoma a benignos como los hamartomas o los hemangiomas. Todos ellos son susceptibles de tratamiento quirúrgico. Los primeros por su crecimiento y riesgo de mortalidad. Los benignos por las complicaciones que de ellos se puedan derivar. El desprendimiento de la retina exudativo es una complicación común a todos ellos. En este curso expondremos en que ocasiones estos tumores son susceptibles de mejorar el pronóstico con la cirugía endocular.

OBJETIVOS:

- Describir la patología tumoral endocular susceptible de cirugía
- Indicar cuando es el momento adecuado para la intervención
- Como evitar las posibles complicaciones derivadas de la misma.
- Tratamientos coadyuvantes
- Controles y seguimiento.

GUIÓN:

- Cirugía del melanoma maligno de coroides.
Dr. Josep M.ª Caminal Mitjana
- Hemangiomas retinianos y coroides
Prof. José García-Arumí
- Hamartomas retinianos
Dr. Daniel Vilaplana I Blanch
- Desprendimiento de la retina exudativo tumoral.
Dr. Daniel Lorenzo Parra

Duración: 1 hora / Nivel: Avanzado



C32. CÓMO UTILIZAR LOS SISTEMAS DE VISUALIZACIÓN DE NO-CONTACTO EN CIRUGÍA DE VITREO-RETINA

Directores: Javier Zarranz-Ventura, Diego Ruiz Casas

Colaboradores: Cristina Irigoyen, Xavier Valldeperas, Juan Manuel Cubero-Parra

OBJETIVOS:

- Exponer las características de los principales sistemas de visualización intraoperatoria de no-contacto en cirugía de Vítreo-Retina.
- Detallar los beneficios de su uso respecto a sistema convencional con lente de contacto.
- Explicar paso a paso como emplear estos sistemas.
- Explicar cómo resolver problemas comunes y situaciones especiales.
- Proporcionar claves y reglas básicas para comenzar su uso de forma independiente.

GUIÓN:

El uso de sistemas de visualización intraoperatoria de no-contacto es la práctica habitual en las unidades de Vítreo-Retina de los principales centros de referencia internacionales (Moorfields Eye Hospital, Bascom Palmer Eye Institute, Wills Eye Hospital, etc., entre muchos otros).

En España, pese a estar disponibles desde la década de los 90, el número de cirujanos de retina que los utilizan es todavía muy reducido debido principalmente a la falta de formación, motivada por la escasa experiencia en su manejo de los cirujanos senior encargados de formar a las nuevas generaciones, cerrando un círculo vicioso que impide que estos sistemas se estandaricen como sucede en otros países de nuestro entorno. Este curso va dirigido a cirujanos con interés en aprender a utilizar estos sistemas de no-contacto, por las significativas ventajas que conllevan respecto al método convencional (acortamiento de tiempo quirúrgico, independencia de asistente, facilitar la curva de aprendizaje en cirugía de Vítreo-Retina al ser la cirugía más reproducible, etc.).

El curso está estructurado en 5 partes:

1. Introducción y generalidades de estos sistemas: Descripción de los sistemas disponibles en la actualidad (BIOM® Oculus; EIBOS® Haag-Streit; RESIGHT® Zeiss, etc.), similitudes y diferencias entre ellos, esquema principal de funcionamiento del sistema de lentes, pros y contras respecto a método convencional de lente contacto.
2. Puesta a punto: Descripción paso a paso de cómo ajustar el sistema de lentes para comenzar una cirugía estándar (imágenes y videos explicativos).
3. Maniobras intraoperatorias: Cómo realizar maniobras intraoculares asistidas por sistema de visualización (p.ej. afeitado de la base del vítreo, fotocoagulación laser en periferia extrema, cirugía macular) (videos explicativos).
4. Situaciones especiales y problemas comunes: Cómo solucionar problemas frecuentes durante uso de estos sistemas (p.ej. vaho y empañamiento de lente inferior, etc.) (videos explicativos).
5. Resumen, turno de preguntas y conclusiones: Resumen de 10 puntos imprescindibles para comenzar a utilizar estos sistemas de forma independiente. Resolución de dudas y conclusiones.

Duración: 2 horas / Nivel: Intermedio



C33. LOS LÁSERES EN PATOLOGÍA RETINO-COROIDEA: INDICACIONES Y TRUCOS

Directores: Alicia Valverde Megías, Antonio Ferreras Amez

Colaboradores: Cristina Calvo González, Juan Donate López, Jesús Zarallo Gallardo, Mónica Asencio Durán, María Jiménez Santos, José Fernández-Vigo

OBJETIVOS:

- Dar a conocer los diferentes tipos de Láser empleados la patología de retina.
- Explicar los procesos patológicos retinianos en que pueden ser empleados.
- Explicar qué posición ocupan dentro del arsenal terapéutico en cada patología actualmente.
- Para cada uso, discutir los parámetros y modos de aplicación para optimizar los resultados terapéuticos.
- Explicar técnicas para minimizar las posibles complicaciones asociadas.

GUIÓN:

- Introducción: tipos de láseres.
- Láser Argón y el desprendimiento de retina. Tratamiento y profilaxis (casos especiales, Síndromes con predisposición)
- Láser en Retinopatía Diabética. Fotocoagulación y láser focal. Láser subumbral.
- Láser en patología obstructiva Venosa.
- Embolectomía YAG arterial.
- Termoterapia Transpupilar (TTT) en patología tumoral: Retinoblastoma. Melanoma coroideo.
- Terapia Fotodinámica. Aplicación en Coroidopatía Serosa Central, en DMAE, patología tumoral.
- Láser amarillo y patología exudativa vascular. Coats

Duración: 2 horas / Nivel: Intermedio

C34. ACTUALIZACIÓN EN LA CLASIFICACIÓN DE LAS MEMBRANAS NEOVASCULARES MACULARES

Directores: Óscar Ruiz Moreno, Silvia Méndez Martínez

Colaboradores: Nieves Pardiñas Barón, Francisco de Asís Bartol Puyal

OBJETIVOS:

Las nuevas técnicas de imagen retiniana, la imagen multimodal y la aparición de nuevos tratamientos han permitido el desarrollo de nuevos conceptos fisiopatológicos sobre la DMAE, reclasificar los diferentes patrones de neovascularización e identificar los comportamientos de los patrones de enfermedad, así como su respuesta al tratamiento. Este curso permitirá diagnosticar los diferentes espectros de enfermedad de la DMAE exudativa, identificar las pautas de tratamiento más adecuadas y establecer un pronóstico.

GUIÓN:

La estructura del curso se compone de 3 módulos de diferente duración.

1. Módulo 1: Parte teórica (15 minutos)

- Fundamentos teóricos. Conceptos básicos y teóricos sobre las técnicas de imagen multimodal en retina y conceptos clave de la DMAE exudativa (15 minutos)



CURSOS DE ACTUALIZACIÓN

2. Módulo 2: Parte teórico-práctica (80 minutos):
 - Membranas neovasculares tipo 1 (20 minutos)
 - Membranas neovasculares tipo 2 (20 minutos)
 - Membranas neovasculares tipo 3 (20 minutos)
 - Espectro paquicoroideo (20 minutos)
3. Módulo 3: Preguntas y dudas (25 minutos)

Duración: 2 horas / Nivel: Avanzado



Monoprost®

Colirio en solución en envase unidosis Latanoprost 50 microgramos/ml



Fixaprost®

latanoprost 50 mcg/ml + timolol 5 mg/ml
Colirio en solución en envase unidosis



Duokopt®

20 MG/ML DORZOLAMIDA + 5 MG/ML TIMOLOL - COLIRIO EN SOLUCIÓN



INNOVANDO EN GLAUCOMA

 **Thea**
let's open our eyes



COMUNICACIONES EN PANEL

PANELES CASOS CLÍNICOS

PCC1 PRÓTESIS DE DIAFRAGMA IRIS-LENTE EN PACIENTE CON ANIRIDIA Y CATARATA TRAUMÁTICA EN CRISTALINO COLOBOMATOSO

Elena SÁNCHEZ SÁIZ, Virtudes de la PUENTE AZPITARTE, María José PALENCIA HERRANZ, María del Carmen MATILLA RODERO

Introducción: La aniridia es la falta parcial o total del iris. Puede ser congénita o traumática, provocando una disminución de la agudeza visual, deslumbramiento y fotofobia intensa. Las lesiones traumáticas combinadas del iris y del cristalino son consecuencias frecuentes y graves. La mayoría de ellas suelen dar lugar a catarata traumática acompañada de colobomas de iris o de cristalino, midriasis, iridodiálisis... Además, los pacientes perciben estos defectos del iris como un problema estético.

Caso clínico: Acude a consulta un varón de 49 años por presentar fotofobia y disminución de la agudeza visual. Como antecedente refiere traumatismo ocular en ojo derecho hace 10 años.

Su agudeza visual sin corrección es cuenta dedos a un metro, presentando un cilindro elevado.

En la exploración presenta leucoma y conjuntivalización corneal superior de X a I horas (h), además de aniridia de VI a XII h y catarata subcapsular posterior en cristalino colobomatoso.

En el fondo de ojo presenta atrofia corioretiniana cicatricial en arcada temporal superior con acúmulo de pigmento. Resto de polo posterior normal.

Se realiza facoemulsificación del cristalino con implante simultáneo de lente intraocular ensamblado a prótesis iridiana.

Se coloca lente tipo: REPER Modelo C1 con óptica de +18.5 dioptrías para constante de 119.4 (OPHTEC) eligiendo color semejante al ojo contralateral e implantación en sulcus mediante incisión corneal de 5,5 milímetros. Presentando a los 6 meses una agudeza visual 0,7 con +2.25 -4.00 a 170°.

Conclusión: El uso de la prótesis para la aniridia crea un diafragma de iris artificial ensamblado a una lente intraocular ofreciendo al cirujano la posibilidad de corregir una lesión ocular compleja sustituyendo la función óptica del cristalino y del diafragma iridiano simultáneamente.

Se proporciona, además, un buen resultado estético asemejando al ojo contralateral.



PCC2 CORRECCIÓN REFRACTIVA DEL TRASPLANTE LAMELAR ANTERIOR PROFUNDO

José F. ALFONSO SÁNCHEZ, Belén ALFONSO BARTOLOZZI, Carlos LISA FERNÁNDEZ, Luis FERNÁNDEZ-VEGA CUETO-FELGUEROSO, David MADRID COSTA

Introducción: Una refracción residual después de un trasplante lamelar anterior profundo (Deep Anterior Lamellar Keratoplasty, DALK), es un problema habitual, igual que sucede en los casos de trasplante penetrante. La repercusión visual puede ser muy limitante. En estos casos, las lentes de contacto o las gafas no siempre son una opción viable o suficiente, por lo que se plantea la posibilidad de cirugía. En la actualidad, disponemos de diferentes opciones para reducir la refracción residual post-DALK. El empleo de técnicas de moldeado corneal combinado con lentes fáquicas tiene como principal ventaja que se trata de una técnica reversible.

Caso clínico: Mujer miope de 44 años intervenida de queratotomía radial en el año 2000. La paciente presentaba una alta anisometropía, con una refracción en el ojo derecho (OD) de $80^\circ -1.00 +1.25$; y en el ojo izquierdo (OI) de $40^\circ -7.00 +3.50$. La visión que alcanzaba con corrección era 0,8 y 0,5, respectivamente. Dadas las características del caso, nos planteamos realizar una DALK en el OI, con el fin de sustituir esa córnea patológica. Seis meses después de la retirada completa de las suturas, la refracción era de $70^\circ -8.00 -7.00$, logrando una visión de 0,8 con corrección. En este momento, nos planteamos la corrección del astigmatismo mediante el implante de segmentos intracorneales, consiguiendo bajar el astigmatismo refractivo y queratométrico, obteniendo una graduación de $75^\circ -3.00 -7.00$. Como todavía teníamos un componente esférico alto, realizamos un implante con lente fáquica de apoyo en surco ciliar. El resultado final 3 meses después de la última cirugía, es una refracción de $100^\circ -1.50$, compatible con el ojo contralateral.

Conclusión: El implante de segmentos de anillo intracorneales combinado con lentes fáquicas de apoyo en surco ciliar, puede ser una buena alternativa para la corrección de la refracción residual después de una DALK.



PCC3 CIRUGÍA REFRACTIVA A LA CARTA: ABLACIÓN PERSONALIZADA GUIADA POR TOPOGRAFÍA. UNA BUENA SOLUCIÓN PARA LA CORRECCIÓN DEL ASTIGMATISMO IRREGULAR

Alba MARÍN BALLESTEROS, Irene LOSCOS GIMÉNEZ, Anna HERMOSA MASDEU, Victoria BULNES GONZÁLEZ, Miryam RUIZ ESPEJO, Carlos MARTÍN CALVO

Introducción: Se presenta un caso de corrección de astigmatismo irregular mediante ablación personalizada guiada por topografía.

Caso clínico: Se presenta un caso de un paciente con antecedentes de facoemulsificación + implante de LIO trifocal-tórica en ambos ojos que quedó con ametropía residual, por lo que se realizó bioptic mediante PRK (queratotomía fotorefractiva) en ambos ojos. Tras la realización de la técnica el paciente refiere persistencia de mala agudeza visual (AV) en ojo derecho que no mejora con corrección óptica (AV = 0.6). Se realizan las pruebas oftalmológicas pertinentes, presentando una topografía corneal que pone de manifiesto la presencia de gran astigmatismo irregular central y OQAS (sistema de análisis de calidad óptica) que resulta muy alterado en el ojo derecho. Se realiza desepitelización con persistencia de AV = 0.6. Finalmente se decide realizar ablación personalizada tipo PRK guiada por topografía para la corrección del astigmatismo irregular.

Mediante el método aplicado se ha conseguido una reducción significativa del astigmatismo irregular del paciente, con mejoría significativa del perfil topográfico y consiguiendo una AV=1 con corrección óptica en el ojo tratado.

Conclusión: La cirugía refractiva consigue una buena calidad visual sin corrección óptica en la mayoría de casos, sin embargo, los métodos de ablación convencionales tienen una eficacia reducida en córneas irregulares, donde se ha demostrado que la ablación personalizada guiada por topografía es una mejor opción; consiguiendo una reducción significativa del astigmatismo irregular y una mejoría de la BCVA (mejor agudeza visual corregida) con una tasa de complicaciones muy baja.



PCC4 REDUCCIÓN CONCÉNTRICA DEL CAMPO VISUAL ASOCIADO A PREGABALINA: REPORTE DE UN CASO

Marta BELMONTE GRAU, Silvia IGLESIAS CERRATO, Francisco Javier MORENO-ALEMÁN SÁNCHEZ, Blanca FATELA CANTILLO, Lourdes IGLESIAS DE USSIEL

Introducción: Presentar el caso de una paciente en la que se observó una restricción concéntrica del campo visual (CV) de ambos ojos (AO) durante el tratamiento con pregabalina en dosis terapéuticas.

Estudio observacional descriptivo; reporte de un caso.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 58 años en tratamiento con pregabalina (75 mg/12 horas) por un dolor neuropático dorsal, sin otros antecedentes personales de interés. Tras un año de tratamiento, comienza con alteraciones del CV periférico. La agudeza visual (AV) corregida era de 0.8 en AO, la presión intraocular se encontraba dentro de los límites de la normalidad y, tanto la exploración neurooftalmológica como el análisis de capa de fibras nerviosas y el de células ganglionares determinado por OCT resultó normal. Se realizó un CV 24-2 fiable y bien ejecutado en el que se puso de manifiesto un defecto profundo periférico superior inespecífico. Para valorar con detalle el CV periférico se solicitó un CV 60-4 en el que se evidenció una restricción concéntrica severa de AO, hasta en 3 ocasiones espaciadas temporalmente. El electroretinograma (ERG) de campo completo fue normal. Ante la ausencia de otras causas secundarias que pudiesen justificar la afectación campimétrica y debido a la relación temporal con la administración de pregabalina se decidió suspender el tratamiento.

Conclusión: Los gabapentinoides y sus derivados tienen numerosas indicaciones y son fármacos ampliamente utilizados hoy en día. Según nuestros conocimientos, se trata del primer caso descrito de restricción concéntrica del CV asociado al uso de pregabalina. En nuestra experiencia, pese a la fuerte sospecha, nos resulta muy complejo establecer la asociación directa con la pregabalina, siendo casi un diagnóstico de exclusión. Nos parece interesante alertar de esta posible asociación, y antes defectos CV periféricos, en presencia de tratamiento con gabapentina, ampliar el estudio CV a las técnicas con mayor sensibilidad periférica.



PCC5 HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL BENIGNA CON EDEMA DE PAPILA UNILATERAL TRAS ESCLEROTOMÍA PROFUNDA NO PERFORANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Manuel CEBRIÁN TOBOSO, Antonio MORENO VALLADARES, Nieves PUERTO AMORÓS, Teresa PRIETO MORÁN, Eva GONZÁLEZ AQUINO, Alejandro SERNA GÓMEZ

Introducción: La hipertensión intracraneal benigna (HICB) o hipertensión intracraneal idiopática (HII) se presenta frecuentemente con papiledema. Sin embargo, algunos casos han descrito edema de papila unilateral.

El mecanismo es desconocido. Se ha sugerido que la hipotonía ocular relativa junto con una presión del líquido espinal intracraneal elevada produce un gradiente de presión positiva translaminar a nivel de la lámina cribosa, induciendo el borramiento de papila.

Caso clínico: Mujer de 44 años con glaucoma en ambos ojos (AOs) en tratamiento con brimonidina. Este paciente presentó una presión intraocular (PIO) de 40 mmHg en AOs y requirió tratamiento quirúrgico mediante esclerotomía profunda no perforante en AOs. En el seguimiento, la PIO postquirúrgica fue 20 mmHg en ojo derecho (OD) y 14 mmHg en ojo izquierdo (OI) y la paciente presentó cefalea y edema de papila unilateral en OI, siendo diagnosticada de HII tras punción lumbar con aumento de presión de líquido cefalorraquídeo, con presión de apertura 34 cm² H₂O. Tras tratamiento con acetazolamida oral, el edema de papila desapareció. Posteriormente presentó nuevos episodios de edema de papila unilateral siempre en el ojo de menor PIO.

Este caso con asimetría postquirúrgica en la PIO de 6 mmHg entre AOs (20 mmHg OD y 14 mmHg OI) sugiere que la PIO puede enmascarar la presencia de un papiledema franco debido a un mecanismo de retropulsión, y que debe existir un gradiente mínimo de presión positiva translaminar para que el edema de papila se produzca. La OCT de nervio óptico para el seguimiento en HII ha demostrado cambios en el grosor de la capa de fibras nerviosas retinianas y del nervio óptico asociados a cambios en la presión intracraneal.

Conclusión: La PIO influye en el desarrollo de papiledema por hipertensión intracraneal, apareciendo edema de papila unilateral en casos de gran asimetría en la PIO. La OCT de nervio óptico es una modalidad no invasiva y práctica para la monitorización de la HI.



PCC6 DESPRENDIMIENTO COROIDEO BILATERAL SIN ANTECEDENTE DE CIRUGÍA INTRAOCULAR

María Jesús CHAVES SAMANIEGO, Zaira CERVERA SÁNCHEZ, Pedro AMAT PERAL, José María RUIZ MORENO

Introducción: Los desprendimientos coroideos son hallados habitualmente tras cirugía de glaucoma, por un descenso brusco de la presión intraocular. Sin embargo, de forma excepcional, estos pueden producirse en ausencia de antecedente quirúrgico.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 86 años de edad que consulta por visión borrosa tras una semana de tratamiento con colirio de dorzolamida/timolol, por presión intraocular de más de 35 mmHg en ambos ojos. A la exploración del fondo de ojo se observó un desprendimiento coroideo extenso temporal inferior en ambos ojos. A la exploración del polo anterior se apreció una catarata LOCS III N4C3, presión intraocular 17 y 16 mmHg en ojo derecho e izquierdo respectivamente, gonioscopia grado II de Shaffer y lesiones eritematoescamosas en región periocular. Se descartó causa sistémica y neoplásica.

Tras una semana en ausencia de tratamiento hipotensor y bajo tratamiento con prednisolona tópica, se observó una regresión completa de ambos desprendimientos coroideos. Sin embargo, la presión intraocular volvió a ascender una semana después.

Se realizó cirugía de cataratas mediante facoemulsificación, tras la que se constató una notable apertura del ángulo iridocorneal. Tres meses tras la cirugía, la paciente se mantiene estable, con presión controlada con bimatoprost/timolol sin conservante.

Conclusión: El tratamiento hipotensor tópico tras un episodio de cierre angular agudo puede dar lugar a un proceso de efusión coroidea similar al descrito en los casos de glaucoma agudo de ángulo cerrado tratado con inhibidores de la anhidrasa carbónica orales. La retirada del tratamiento hipotensor y la aplicación de corticoides tópicos pueden ayudar a controlar la efusión coroidea en su fase inicial. En muchos casos, una catarata evolucionada es la causa del cierre angular, por lo que la facoemulsificación resulta crucial para la posterior estabilización del cuadro.



PCC7 GLAUCOMA NORMOTENSIVO SECUNDARIO A SÍNDROME DE FLAMMER: INFORME DE CASO DE UNA PACIENTE JOVEN

Renato CORREIA BARBOSA, Ricardo BASTOS, Pedro COELHO, Sara ALVES, Rita BASTO, Ana Rita VIANA, Paula TENEDÓRIO

Introducción: El síndrome de Flammer comprende un conjunto de síntomas y signos sistémicos, descritos recientemente, causados por una desregulación vascular primaria, que, a menudo, se manifiesta como extremidades frías, presión arterial baja, tiempo de inicio del sueño prolongado, dolores de cabeza crónicos y recurrentes, disminución de la sensación de sed y aumento de la sensibilidad general subjetiva. La regulación alterada crónica del flujo sanguíneo ocular puede contribuir al desarrollo de glaucoma normotensivo.

Caso clínico: Una paciente de 41 años presentó síntomas recurrentes de cefaleas crónicas asociadas con fotofobia y sonofobia. Durante el examen del fondo de ojo, se objetivaron grandes excavaciones del disco óptico. La agudeza visual era 10/10 sin corrección y la presión intraocular (PIO) era de 12 mmHg en ambos ojos. El disco óptico mostró una relación copa-disco de 0,81 en el ojo derecho, con adelgazamiento de la capa de fibras nerviosas retinianas peripapilares y de la capa de células ganglionares. La prueba del campo visual mostró una depresión difusa del campo visual en el ojo derecho. La anamnesis sistémica reveló signos y síntomas asociados con la desregulación vascular: extremidades frías con cianosis recurrente; dolores de cabeza crónicos; manchas rojas y blancas reversibles en la piel; tiempo de inicio del sueño prolongado; reducción de la sensación de sed; hipersensibilidad a la luz, a los sonidos y a los olores; tinnitus frecuentes y calambres musculares. También mostró algunos rasgos psicoconductuales a menudo asociados con esta condición como trastorno de ansiedad generalizada y tendencia al perfeccionismo. La resonancia magnética de la cabeza mostró imágenes puntiformes hiperintensas en la cápsula externa del cerebro y en la sustancia blanca de la corona radiata, que podrían estar relacionadas con lesiones isquémicas microcirculatorias.

Conclusión: La disminución leve, pero crónica del flujo sanguíneo debido a la perturbación de la autorregulación y la perfusión ocular puede conducir a una neuropatía óptica en presencia de PIO normales. En este tipo de daño glaucomatoso, la presión venosa retiniana es más alta, las hemorragias en astilla son más comunes y el estrés oxidativo aumenta. Se han realizado pocas investigaciones sobre su tratamiento.



PCC8 CONTROL DE PRESIÓN INTRAOCULAR CON DISPOSITIVO PRESERFLO EN PACIENTE CON GLAUCOMA TERMINAL Y TRABECULECTOMÍA FALLIDA

Gonzalo GUERRERO PÉREZ, Pablo GONZÁLEZ DE LOS MÁRTIRES, Nerea GANGOITIA GORROTXATEGI, Íñigo SALMERÓN GARCIANDÍA, José María CAIRE GONZÁLEZ-JAUREGUI, Arantza REBOLLO AGUAYO

Introducción: La cirugía de glaucoma mínimamente invasiva (MIGS) se recomienda para glaucoma leve a moderado o en intolerantes a los colirios antiglaucomatosos. Son cirugías más seguras y menos traumáticas. Existen diferentes tipos de dispositivos: trabeculares, supracoroideos y subconjuntivales (Preserflo). El dispositivo Preserflo crea una nueva vía de drenaje del humor acuoso al espacio subconjuntival.

Caso clínico: Paciente de 72 años con glaucoma terminal en ambos ojos (AO) en tratamiento con 4 fármacos en ojo derecho (OD), ojo izquierdo (OI) sin tratamiento. Antecedentes oftalmológicos facoemulsificación y trabeculectomía AO. Presenta una agudeza visual en OD sin corrección (sc) 0.3 y en OI de 0.5 sc. El polo anterior con lámpara de hendidura muestra pseudofaquia correcta AO, iridotomías permeables AO, no ampolla en OD y ampolla grande-difusa en OI. La presión intraocular (PIO) es de 25 mmHg en OD y de 10 mmHg en OI. En el fondo de ojo (FO) se aprecia una excavación papilar de 10/10 en AO. La tomografía de coherencia óptica de capas de fibras nerviosas (OCT-CFN) no es fiable por efecto suelo en AO (OD G31 y OI G41). La campimetría computerizada (CC) SitaFast 24-2 muestra progresión en OD con VFI 92% de y DM -4.41dB; OI estable con VFI 79% y DM -10.04dB. Se decide cirugía con dispositivo de drenaje Preserflo en ojo derecho. Cirugía sin complicaciones. Primer día post-cirugía PIO OD 10 mmHg y dispositivo bien colocado. A la semana PIO OD 5 mmHg con ampolla grande-difusa, en el FO desprendimiento coroideo (DC) nasal y temporal muy periférico que se resuelve con Atropina y Dexametasona. Al mes de la cirugía PIO OD 11 mmHg y DC resuelto. A los 6 meses, PIO OD en 10 mmHg sin gotas y la CC no muestra progresión.

Conclusión: El dispositivo Preserflo podría ser una alternativa menos invasiva a la cirugía clásica de glaucoma como es la trabeculectomía en pacientes con glaucoma terminal en progresión a pesar de tratamiento médico máximo como el caso anterior.



PCC9 EVOLUCIÓN DE LA HENDIDURA DE CICLODIÁLISIS TRAS FOTOCOAGULACIÓN TRANSESCLERAL CON CICLO-DIODO. ESTUDIO MEDIANTE OCT DE SEGMENTO ANTERIOR

Javier LACORZANA RODRÍGUEZ, Aitor LANZAGORTA ARESTI, Santiago MONTOLÍO MARZO

Introducción: La hendidura de ciclodiálisis es una patología poco frecuente, provocada por la separación de las fibras longitudinales del músculo del cuerpo ciliar del espolón escleral. Algunas veces puede producirse de forma idiopática, secundaria a otras enfermedades o post cirugía. El manejo debe realizarse primero mediante terapia médica. Pero cuando falla, es necesario valorar otras opciones como la fotocoagulación transescleral con ciclodiodo, crioterapia transescleral o la ciclopexia.

Caso clínico: Varón de 48 años con hipotonía ocular (5 mm Hg) en su ojo izquierdo (OI) tras trabeculectomía. En la exploración con lámpara de hendidura se observaba una córnea clara, una iridectomía correcta y una ausencia de ampolla (Fig. 1. Fila superior). La Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) mostró unos pliegues retinianos secundarios a hipotonía macular (Fig 1. Fila media-superior). La OCT anterior reveló una hendidura de ciclodiálisis con líquido en el espacio supracoroideo (Fig 1. Fila media-inferior). Tras fracasar el tratamiento conservador (corticosteroides y atropina tópica), se realizó con éxito la fotocoagulación transescleral con ciclo-diiodo. Dos semanas después del tratamiento, la presión intraocular era de 15 mm Hg y el líquido en el espacio supracoroideo había desaparecido (Fig 1. Fila inferior).

Conclusión: La ciclodiálisis debe ser un diagnóstico de alta sospecha en las hipotonías secundarias a cirugías. Una vez falla el tratamiento médico, tratamientos más invasivos como la fotocoagulación transescleral con ciclo-diiodo son efectivos. Además, el uso de OCT de Segmento Anterior permite conseguir un diagnóstico con certeza absoluta y un seguimiento más estrecho.



PCC10 CIERRE ANGULAR AGUDO BILATERAL TRAS TOMA DE VENLAFAXINA EN PACIENTE JOVEN CON ÁNGULO IRIDOCORNEAL ESTRECHO

María LARRAÑAGA CORES, Ana Isabel RAMOS CASTRILLO, Mercedes GIMÉNEZ DE AZCÁRATE REYES, Eva FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ, Claudia KLEIN BURGOS

Introducción: La venlafaxina es un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN). Aunque figura como una reacción adversa, rara vez se ha documentado el potencial glaucomatígeno con una dosis terapéutica de venlafaxina.

Caso clínico: Presentamos un caso de cierre angular agudo bilateral tras 1 única dosis de venlafaxina en una mujer joven sin patologías previas, que consulta por visión borrosa y dolor en ojo izquierdo. La evaluación inicial incluyó agudeza visual, biomicroscopía en lámpara de hendidura y toma de presión intraocular (PIO) mediante tonómetro de aplanación de Goldmann. Se realizó también gonioscopia en ambos ojos y exploración del fondo de ojo. La exploración y la PIO apoyaron el diagnóstico de glaucoma agudo en ojo izquierdo. La evolución de la paciente fue satisfactoria tras iridotomía periférica bilateral realizada con láser Nd-YAG, como se describe en los casos reportados en la literatura internacional. Se discute la fisiopatología del cierre angular y su relación con la toma de venlafaxina.

Conclusión: El cierre angular agudo inducido por fármacos es una complicación temida de la prescripción de ciertos medicamentos a pacientes con factores riesgo. Una comprensión adecuada del mecanismo subyacente del cierre angular es fundamental para hacer un diagnóstico y tratamiento precoz. Planteamos mediante la presentación de este caso clínico el potencial beneficio de informar al paciente previo inicio de tratamiento con fármacos IRSN o ISRS de los posibles efectos adversos oculares y de la necesidad de acudir a urgencias en caso de presentarse síntomas de alarma. Se debe tener especial precaución al administrar venlafaxina a pacientes con una cámara estrecha conocida previamente.



PCC11 IMPLANTE DE PRESERFLO MICROSHUNT COMO TRATAMIENTO DEL GLAUCOMA SECUNDARIO A MEGALOCÓRNEA

Amaia LATORRE-GARICANO, Ester ROQUET-PUIGNERÓ, Víctor LÁZARO-RODRÍGUEZ, Maribel CANUT JORDANA

Introducción: La megalocórnea es una anomalía congénita no progresiva que debe diferenciarse de la distensión corneal adquirida del buftalmos. Asocia inestabilidad y subluxación del cristalino por un anillo ciliar aumentado, lo que conlleva dispersión de pigmento.

Caso clínico: Varón de 8 años derivado por presión intraocular (PIO) de ambos ojos (AO) elevada en tratamiento con dorzolamida y timolol en AO. A la exploración presenta PIO de 36 mmHg en ojo derecho (OD), de 20 mmHg en ojo izquierdo (OI) y diámetro corneal bilateral de 13 mm. Como antecedentes, subluxación de cristalino en AO por microesferofaquia y múltiples cirugías de intercambio de lente intraocular por subluxación.

Se diagnostica de glaucoma secundario a megalocórnea por los antecedentes y ausencia de lesión precoz del nervio óptico (NO).

Como tratamiento, se opta por una técnica mínimamente invasiva (MIGS) con un implante de drenaje subconjuntival Preserflo Microshunt + Mitomicina C 0,2 mg + Ologen en AO.

A los 2 meses de evolución la PIO se mantiene estable sin tratamiento, siendo de 10 mmHg en OD y de 12 mmHg en OI.

Conclusión: El diagnóstico diferencial de megalocórnea debe plantearse principalmente con buftalmos. Se basa además de en la PIO, en la ausencia de clínica clásica de glaucoma congénito como lesión precoz del nervio óptico, falta de simetría y progresión.

Las MIGS han demostrado menor tasa de inflamación y por tanto menor cicatrización y fibrosis. Por lo que se considera una buena opción en niños susceptibles de requerir futuras intervenciones.



PCC12 CICLODIÁLISIS TRAUMÁTICA TRATADA CON ENDOTAPONAMIENTO CON GAS Y CICLOCRIOTERAPIA TRANSESCLERAL

Mariana LEUZINGER-DIAS, Mário LIMA-FONTES, Cláudia OLIVEIRA-FERREIRA, Fernando FALCÃO-REIS, Paulo FREITAS-DA-COSTA, António MELO

Introducción: La ciclodíálisis es un evento clínico raro que resulta de la desinserción de las fibras longitudinales del músculo ciliar de su inserción en el espolón escleral, creando así una comunicación directa entre la cámara anterior y el espacio supracoroideo. La salida libre del humor acuoso a través de esta ruta alternativa puede provocar hipotonía grave y diversas complicaciones secundarias asociadas. El tratamiento de la ciclodíálisis es un verdadero desafío, existiendo más de 20 métodos diferentes descritos en la literatura. Presentamos el caso de una ciclodíálisis traumática refractaria al tratamiento médico, tratada con éxito por endotaponamiento con gas y ciclocrioterapia.

Caso clínico: Paciente varón de 44 años que, tras sufrir un traumatismo contuso violento en el ojo izquierdo con una banda elástica, desarrolló una hendidura de ciclodíálisis con 4 horas de extensión - confirmada por biomicroscopía ultrassónica - con consiguiente hipotonía. Tras 7 semanas con una maculopatía hipotónica persistente y con una catarata traumática en evolución, el paciente fue sometido a cirugía de catarata combinada con endotaponamiento gaseoso (20% SF₆) y ciclocrioterapia transescleral. Este procedimiento permitió recuperar una presión intraocular normal, resolver la maculopatía hipotónica y mantener una buena agudeza visual.

Conclusión: El endotaponamiento con gas y la ciclocrioterapia constituyen una opción prometedora en el tratamiento de la ciclodíálisis refractaria a la terapia médica. En nuestro caso, esta técnica mínimamente invasiva se combinó de forma segura con la cirugía de cataratas, con buen resultado.



PCC13 EXPOSICIÓN TEMPRANA DEL TUBO DE VÁLVULA DE AHMED EN GLAUCOMAS NEOVASCULARES: A PROPÓSITO DE 3 CASOS

Carlos MEDINA CUADRADO, Teresa COLÁS TOMÁS, Emma Beatriz AUSÍN GONZÁLEZ, Simón QUIJADA ANGELÍ

Introducción: Las exposiciones tempranas (0-6 meses) de los tubos se producen por una dehiscencia conjuntival asociado a un proceso inmune que provoca el melting precoz del parche de recubrimiento .

Caso clínico: Se describen 3 casos de glaucoma neovascular. Se trata de 3 varones con diabetes mellitus y retinopatía diabética proliferativa tratada. Se implantó una válvula de Ahmed (New World Medical, Inc, Rancho Cucamonga, CA) a 10 mm del limbo en cuadrante supero temporal . Se fijó el tubo a esclera con un punto y se recubrió con un parche de pericardio bovino (Tuttopatch®, Tutogen Medical GmbH, Neunkirchen am Brand, Germany). El cierre conjuntival fue con puntos sueltos de nylon 10-0 y sutura continua con vycril 8-0. No se empleó mitomicina C. Entre las 6 y 8 semanas de la cirugía los pacientes presentaban dehiscencia conjuntival con desaparición completa del parche y exposición del tubo en su trayecto escleral.

La reparación consistió en el desbridamiento de la conjuntiva necrótica, recubrimiento del tubo, esta vez, con un parche de fascia lata (Tutoplast® IOP Ophthalmics, Costa Mesa, California, USA,) y sutura conjuntival con ayuda de un autoinjerto conjuntival del cuadrante inferior. A los 3-4 meses de la cirugía no ha habido complicaciones.

Conclusión: La presencia de glaucomas neovasculares con enfermedad vascular activa nos debe hacer pensar que el numero de complicaciones tras la cirugía va a ser mayor. En nuestro caso la exposición temprana del tubo se produjo por una dehiscencia de la sutura conjuntival debido a su estado inflamatorio. El hecho de que el injerto de pericardio bovino desapareciera completamente y de forma tan precoz debe alertarnos sobre la posibilidad de que no sea el tipo de injerto mas adecuado en estos pacientes. Es importante considerar otros materiales que se integren mejor en el tejido del huésped y no induzcan reacciones inflamatorias, o la realización de otras técnicas quirúrgicas como la tunelización o flap esclerales.



PCC14 GLAUCOMA DE ÁNGULO CERRADO SECUNDARIO A UNA MICROESFEROFAQUIA EN EL CONTEXTO DE UN SÍNDROME DE WEILL-MARCHESANI

Jorge SÁNCHEZ MOLINA, Asier AMENABAR ALONSO, Sergio PINAR SUEIRO, Iñaki RODRÍGUEZ AGUIRRETXE

Introducción: la microesferofaquia es una patología congénita en la que el cristalino adquiere una forma esférica. Se asocia a diversos síndromes con afectación a nivel sistémico, pudiendo manifestarse igualmente de manera aislada. La tasa de complicaciones en estos pacientes es alta, encontrándose la prevalencia de glaucoma entre un 44,4%-51%. Es motivo de esta comunicación describir las características y el proceso diagnóstico de un paciente afecto de microesferofaquia.

Caso clínico: presentamos el caso de un varón de 41 años de edad, en seguimiento por una coriorretinopatía serosa central crónica en el ojo izquierdo, referido a la sección de Glaucoma debido a una excavación patológica en disco óptico izquierdo junto a presiones intraoculares elevadas y afectación del campo visual. A la exploración se observó una cámara anterior (CA) estrecha, una anteriorización del diafragma iridocristaliniano, una facodonesis y un ángulo cerrado en ambos ojos (AO). El autorrefractómetro demostró un alto defecto refractivo miópico. La biometría reveló longitudes axiales normales. Se sospechó la existencia de una alteración del cristalino, procediendo a realizar una biomicroscopía ultrasónica (BMU), observando la existencia de microesferofaquia en AO. El fenotipo del paciente (braquidactilia y baja estatura) junto a los hallazgos oculares nos hicieron sospechar de un síndrome de Weill-Marchesani, confirmando el diagnóstico mediante estudio genético, encontrando una variante bialélica del gen ADAMTS10.

Conclusión: la microesferofaquia debe ser sospechada en pacientes con un alto defecto refractivo miópico junto a una CA estrecha o un cierre angular. Especial importancia debe ser prestada al fenotipo del paciente, puesto que la microesferofaquia se encuentra asociada a distintos síndromes con afectación sistémica, encontrándose entre ellos el síndrome de Weill-Marchesani. En estos casos, la BMU se presenta como una técnica útil para el diagnóstico de microesferofaquia.



PCC15 HIPOTONIA PRECOZ Y PERSISTENTE CON DESPRENDIMIENTO COROIDEO TRAS IMPLANTE DE PRESERFLO

Adrián SÁNCHEZ-FORTÚN SÁNCHEZ, Pau ROMERA ROMERO, Jessica BOTELLA GARCÍA, Jorge LOSCOS ARENAS

Introducción: El Preserflo es un implante de drenaje para la cirugía mínimamente invasiva de glaucoma (MIGS) que aumenta el drenaje de humor acuoso mediante un abordaje externo subconjuntival. Este tipo de cirugía está indicada en estadios leves y moderados de la enfermedad, intolerancia a los colirios hipotensores, mal cumplimiento o respuesta insuficiente.

Caso clínico: Varón de 70 años, fáquico, con un glaucoma crónico de ángulo abierto en ambos ojos estadio leve en tratamiento hipotensor tópico máximo en ambos ojos, con campo visual estable y una progresión leve con Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) en su ojo izquierdo. Dado que se objetivan presiones intraoculares (PIO) de 24-28mmHg en ojo izquierdo en diferentes controles y mala tolerancia al tratamiento se propone la colocación de un implante Preserflo con matriz de colágeno (Ologen), sin incidencias.

En el control a las 24 horas el paciente presentó una PIO de 2 mmHg, cámara anterior formada y se observó el implante libre. No obstante, a la semana de la cirugía se objetivó atalamia, PIO de 6 y un desprendimiento coroideo seroso (DC) de 2 cuadrantes que progresó a 4 cuadrantes. Tras mala respuesta al tratamiento tópico se decidió reformar la cámara anterior con viscolástico Healon (10mg/ml) a los 2 semanas de la intervención. Tras ésta presentó una mejoría lenta pero progresiva de la cámara anterior y de la PIO, una reabsorción paulatina del DC y una mejoría de la agudeza visual.

Conclusión: La MIGS se ha establecido con fuerza en el área quirúrgica del glaucoma, entre el tratamiento médico y la cirugía de glaucoma más invasiva. Presentamos este caso de una cirugía MIGS sin incidencias intraoperatorias, con una complicación postquirúrgica del implante y su manejo.



PCC16 CEGUERA EN TIEMPOS DE COVID

Luis ALCALDE BLANCO, Elena PUERTAS MARTÍNEZ, Adrián LODARES GÓMEZ, Jaime FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, Celia RUIZ ARRANZ, Daniel MUNCK SÁNCHEZ

Introducción: La emergencia sanitaria producida por la pandemia COVID19 ha supuesto un cambio sin precedentes en la asistencia sanitaria a muchos niveles. La suspensión completa de la actividad de consultas externas asociado al miedo de los pacientes a acudir a Urgencias ha tenido influencia sobre las patologías oftalmológicas, provocando que, en algunos casos, una patología potencialmente tratable pase a tener un peor pronóstico por la demora en la atención.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de un varón de 32 años operado en Mayo de 2019 de catarata blanca y que desarrolló opacidad de cápsula posterior al año de la intervención, en el que no se llegó a realizar capsulotomía debido a la irrupción de la pandemia COVID19. La cita para dicho procedimiento finalmente se demoró un año hasta Mayo de 2021. En dicha consulta se objetivó desprendimiento de retina total en embudo en dicho ojo con intensa proliferación vítreo retiniana asociada. El paciente no consultó en Urgencias por pérdida visual ya que conocía de la existencia de la opacidad de cápsula posterior y se encontraba a la espera de la cita para capsulotomía. Debido a la larga evolución del desprendimiento de retina asociado a la fibrosis vítrea subyacente se decidió optar por manejo conservador sin intentar recuperación quirúrgica dado el mal pronóstico visual de la cirugía.

Conclusión: La demora en el diagnóstico y tratamiento de las patologías oftalmológicas durante la pandemia COVID19 ha supuesto la pérdida, en muchas ocasiones irreversible, de la visión en pacientes con patologías potencialmente curables.



PCC17 EDEMA PALPEBRAL Y QUEMOSIS CONJUNTIVAL COMO MANIFESTACIONES INICIALES DEL SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR

María Jesús BARTOLOMÉ ASTORGANO, María Luz GUARDATI, Alicia LÓPEZ CRIADO, Eduardo Manuel PASTENES ZHILIN, Marina RODRÍGUEZ ANDRÉS, Pablo SOLER BARTRINA

Introducción: El síndrome de vena cava superior (SVCS) es una complicación de procesos neoplásicos que obstruyen el flujo de la vena cava superior (VCS). Genera un aumento de presión retrógrada en el territorio venoso, incluido el del ojo, por lo que se pueden observar manifestaciones oculares. Éstas últimas son poco frecuentes y cuando aparecen raramente son el síntoma de presentación inicial.

Caso clínico: Paciente de 60 años con antecedente de cáncer de mama sin recidivas ni metástasis en las revisiones desde hace 14 años. Acude a urgencias por edema palpebral bilateral y molestias oculares y es tratada como una reacción alérgica con antihistamínicos y corticoides vía oral durante un mes. Posteriormente vuelve a consultar por ausencia de mejoría y empeoramiento del cuadro con edematización del cuello y cefalea. Ante la sospecha de SVCS se decide realizar una tomografía axial computada (TAC) objetivándose una masa a nivel de mediastino superior con compresión del tronco venoso braquicefálico. Luego por biopsia se confirma el diagnóstico de metástasis del carcinoma de mama. En la exploración oftalmológica se objetiva edematización de párpados, quemosis conjuntival, dilatación y tortuosidad de vasos conjuntivales excesivos. Se indica lubricación ocular para prevenir úlceras corneales y minimizar molestias del roce de la quemosis.

Conclusión: Si bien es infrecuente que el edema palpebral y la quemosis sean los síntomas de presentación inicial del SVCS, el mismo ha de tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en pacientes con antecedentes oncológicos y síntomas de congestión ocular y/o palpebral.



PCC18 REVISIÓN DE LA AFECTACIÓN OCULAR DE LA ENFERMEDAD DE ANDRADE, A PROPÓSITO DE UN CASO

Noceiba BEN HASSEN JEMNI, Rocío REGUEIRO SALAS

Introducción: La enfermedad de Andrade o polineuropatía amiloidótica familiar (PAF), es una amiloidosis neurodegenerativa hereditaria de afectación sistémica causada por mutaciones en el gen TTR. La mutación más frecuente es la Val30Met. Se produce por un depósito de la trastirretina mutada, de síntesis sobre todo hepática, y en menor proporción, ocular.

Los síntomas oftálmicos se producen por afectación a nivel de todas las capas oculares. Puede dar una queratoconjuntivitis seca y queratitis neurotrófica, depósitos vítreos, anomalías pupilares, glaucoma secundario de mala evolución, anomalías de los vasos conjuntivales y/o una afectación vascular retiniana y coroidea. Es una enfermedad rara, de la que el 5º foco a nivel mundial se presenta en Mallorca.

Caso clínico: Mostramos el seguimiento de una paciente que presenta la mutación Val30Met, con afectación sistémica avanzada, y trasplante hepático realizado, que se remite desde el servicio de medicina interna por un protocolo multidisciplinar para el seguimiento estrecho de los pacientes con PAF. Se inicia su seguimiento con una exploración ocular anodina, que con el curso de los años desemboca en el desarrollo del festoneado pupilar característico, alteraciones conjuntivales, opacidades vítreas que derivan en necesidad de vitrectomía, y sobre todo, una elevación de la presión intraocular de evolución tórpida y refractaria al tratamiento médico, que condiciona la necesidad de múltiples cirugías.

Conclusión: Se trata de una enfermedad multiorgánica, poco conocida, que precisa de estudio y seguimiento multidisciplinar. Aunque el trasplante hepático ha supuesto un significativo avance en el manejo preventivo de la afectación sistémica, la clínica oftálmica sigue un curso independiente debido a la síntesis ocular proteica, lo que supone un manejo difícil y un curso impredecible de su evolución.



PCC19 COMPLICACIONES DEL VIRUS HERPES ZÓSTER OFTÁLMICO EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Esther CERDÁN HERNÁNDEZ, María José PALENCIA HERRANZ, Ricardo de VEGA GARCÍA, Alicia BERLANGA DÍAZ

Introducción: Presentamos un caso de un paciente inmunocompetente con múltiples complicaciones por Virus Herpes Zóster (VHZ).

Caso clínico: Varón de 78 años acude por sensación de cuerpo extraño y dolor en ojo izquierdo de 5 días de evolución. El diagnóstico de sospecha es conjuntivitis vírica. A los nueve días, presenta ojo rojo y dolor en el ojo izquierdo junto a lesiones vesiculosas en la piel, diagnosticándosele así de Queratouveítis por VHZ. A las cuarenta y ocho horas, se observa restricción de los movimientos extraoculares, por lo que el diagnóstico de sospecha es una celulitis orbitaria y síndrome de ápex orbitario, confirmándose posteriormente con una Tomografía Axial Computarizada. Tras treinta días de ingreso a cargo del Servicio de Infecciosas coexistiendo con neuralgia postherpética oftálmica, recibe el alta hospitalaria. A los veinte días, el paciente acude con clínica neurológica y es diagnosticado de encefalitis secundaria a VHZ, por lo que es ingresado durante un mes, dándose posteriormente de alta con Valaciclovir oral de mantenimiento. Cuatro meses después, el paciente muestra una úlcera neurotrófica en tratamiento con suero autólogo y lente de contacto terapéutica.

Conclusión: El VHZ se caracteriza generalmente por lesiones vesiculosas unilaterales que afectan generalmente al nervio trigémino.

Tanto el síndrome de ápex orbitario como la encefalitis por VHZ son complicaciones poco frecuentes, especialmente en pacientes inmunocompetentes.

El tratamiento precoz reduce el riesgo de complicaciones intraoculares, así como del resto del organismo.



PCC20 ¿SON NEOVASOS IRIDIANOS U OTRAS LESIONES VASCULARES? SERIE DE TUMORES VASCULARES DEL IRIS

Rocío EGUILIOR ÁLVAREZ, Paula MARTICORENA ÁLVAREZ, Cynthia LEÓN NIZ

Introducción: Describir los hallazgos y el manejo de una serie de 4 pacientes con tumores vasculares del iris.

Casos clínicos: El primer paciente presentó en la biomicroscopía (BMC) un vaso engrosado y tortuoso que partía de la raíz del iris inferior hacia el estroma y finalizaba en la raíz temporal. El segundo paciente presentó en su ojo derecho una lesión vascular similar, asociada a un vaso centinela episcleral. Ambos casos fueron compatibles con malformaciones arteriovenosas simples del iris. El tercer y cuarto paciente, acudieron por visión borrosa monocular detectándose un hifema espontáneo en el ojo afecto con fondo de ojo y presión intraocular (PIO) normal. La BMC de ambos mostró múltiples dilataciones vasculares en reborde pupilar, siendo diagnosticados de microhemangiomas iridianos. El hifema se resolvió con tratamiento tópico sin recurrencias; excepto un sangrado autolimitado durante la cirugía de la catarata en uno de los ojos. En los 4 casos, se descartó neovascularización del ángulo y la retina mediante gonioscopia y fundoscopia. La AFG de segmento anterior (AFG-SA) mostró un relleno precoz de los vasos sin fuga tardía. La tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (OCT-SA) permitió una mejor localización y caracterización de las lesiones. En el paciente del vaso centinela se realizó una biomicroscopía ultrasónica para descartar tumores del iris o cuerpo ciliar.

Conclusión: Los tumores vasculares del iris representan el 2% de los tumores iridianos. Es importante diferenciarlos de la neovascularización del ángulo o del iris. La mayoría son asintomáticos y solo precisan seguimiento. Algunos pueden presentar pérdida de agudeza visual y aumento de la PIO por un hifema espontáneo que, generalmente, responde a tratamiento médico. La OCT-SA y la AFG-SA son útiles para localizar y diagnosticar estas lesiones. Por último, se debe descartar una microhemangiomas iridiana en todos los casos de hifema espontáneo no traumático.



PCC21 HIPOPLASIA ESTROMAL IRIDIANA Y ALBINISMO RETINIANO EN PACIENTE CON SÍNDROME DE WAARDENBURG TIPO II: A PROPÓSITO DE UN CASO

David Ismael GIJÓN CARRETERO, José BELDA MÁRQUEZ, Ángela GONZÁLEZ ALONSO, Mercedes ROCA HIDALGO, Angi Lizbeth MENDOZA MOREIRAS, Enrique ESPAÑA VERA

Introducción: El síndrome de Waardenburg tipo II es una enfermedad rara cuya patogenia se basa en una distribución anómala de los melanocitos durante la embriogénesis, obteniéndose como resultado áreas de hipopigmentación. Se manifiesta clínicamente mediante afecciones a nivel oftalmológico, coclear y de cuero cabelludo principalmente. Se produce por mutaciones del gen MITF, heredándose éstas de forma autosómica dominante.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 18 años que acude a consulta para completar estudio de síndrome de Waardenburg tipo II diagnosticado en la infancia. Presenta hipoacusia neurosensorial corregida mediante implante coclear derecho, piebaldismo y estroma hipoplásico bilateral iridiano. El paciente trae consigo un estudio genético que confirma la heterocigosis del gen MITF (variante c.1013+1G>A).

En el examen del ojo derecho se constató una mejor agudeza visual corregida de 1 en la escala de Snellen y de 0,9 en el ojo izquierdo. La presión intraocular medida con tonómetro de rebote era de 20 mmHg en ambos ojos (AO). Desde el punto de vista biomicroscópico, destacaba la presencia de hipoplasia estromal iridiana bilateral. En la exploración del fondo de ojo se observó una hipopigmentación retiniana generalizada con áreas de atrofia periférica.

En la tomografía de coherencia óptica se apreció un perfil macular conservado en AO.

Conclusión: El síndrome de Waardenburg se trata de una enfermedad infrecuente (1/42000) con afectación oftalmológica como criterio mayor para su diagnóstico que, generalmente, no conlleva repercusión visual. En nuestro caso, el paciente asocia una hipopigmentación retiniana bilateral que no se relaciona con nistagmo ni ambliopía.



PCC22 TRAUMATISMO OCULAR CON BALA DE PLÁSTICO EN UN NIÑO Y SUS CONSECUENCIAS

Pedro Esteban QUÍLEZ FRANCO, Alberto LÓPEZ ALACID, José María CARACENA ORDÓÑEZ

Introducción: se presenta el caso de un varón de 9 años que sufrió un traumatismo ocular con proyectil de plástico disparado con una pistola de juguete. Posteriormente desarrolló una hipertensión ocular con presencia de humor vítreo en cámara anterior y una neuropatía óptica traumática.

Caso clínico: un varón de 9 años acude al servicio de urgencias refiriendo un traumatismo en el ojo izquierdo hace unas horas con una bala de plástico mientras jugaba. La agudeza visual sin corrección es de 0,7. A la exploración presenta un hipema grado I, reacción en cámara anterior y facodonesis a nivel nasal. No se evidencia Seidel. La presión intraocular (PIO) es de 28 mmHg. En el fondo se observa un leve edema de papila. Se pauta timolol tópico. En las revisiones subsiguientes la PIO se normaliza y el hipema desaparece, pero se hace evidente la presencia de mechas de humor vítreo en la cámara anterior sin rotura capsular posterior. La tomografía de coherencia óptica (OCT) muestra aumento de grosor de la capa de fibras del nervio óptico generalizado que posteriormente va disminuyendo hasta quedar una disminución de dicha capa a todos los niveles. En este momento, la funduscopia muestra palidez papilar. Se le diagnostica de neuropatía óptica traumática.

Se establece también el diagnóstico de sospecha de una rotura zonular que haya permitido el paso del humor vítreo a la cámara anterior. Posteriormente, la agudeza visual sube a la unidad, la PIO se controla sin tratamiento, los campos visuales muestran un leve defecto a nivel central que finalmente se resuelve. Sin embargo, persiste el vítreo en cámara anterior.

Conclusión: el caso refleja la peligrosidad de estos dispositivos que pueden ocasionar lesiones oftalmológicas de alta gravedad. El paciente presenta actualmente una agudeza visual normal sin reducciones del campo visual, pero la atrofia del nervio óptico y la presencia de mechas vítreas en cámara anterior podrían estar relacionadas con problemas a largo plazo.



PCC23 HIPOPLASIA FOVEAL CONGENITA

Alejandro Daniel ROJAS SARANTES, José Carlos ESCRIBANO VILLAFRUELA

Introducción: Hipoplasia foveal es cuando la misma es muy poco desarrollada con ausencia de pigmentación de la zona avascular foveal . Puede ocurrir en asociación con incontinencia pigmenti, catarata, albinismo, hipoplasia del nervio óptico, aniridia, acromatopsia, microftalmos, retinopatía de la prematuridad, o aisladamente. Con una incidencia del 1%, se puede clasificar en 4 grados según las estructuras identificadas en OCT.

Caso clínico 1: Mujer de 50 años en seguimiento por excavación papilar asimétrica. En la exploración agudeza visual mejor corregida(AVMC) 0,1 logMAR en ambos ojos(AO), biomicroscopia(BMC) normal. PIO 16-17 mmHg, paquimetría 534/524 micras. Fondo de ojo(FO) asimetría papilar 20%, ausencia de reflejo foveal y drusas puntiformes perifoveales. OCT mácular HD 21 líneas con EDI(HDEDI) pérdida del perfil foveal, persistencia de las capas internas, cupulización de capa nuclear externa(CNE) y elongamiento de los segmentos externos(SE) de los fotorreceptores. Llegando al diagnóstico(Dx) de hipoplasia foveal grado 1. RNFL papilar estable en el tiempo y el campo visual normal.

Caso clínico 2: Varón de 64 años seguimiento hipertensión ocular tratado con bimatoprost. Exploración AVMC de 0,1 logMAR en AO. BMC facoesclerosis leve. PIO 16 mmHg, paquimetría 530/519 micras. FO papilas E/P 0.2 y ausencia de reflejo foveal. En OCT mácular HDEDI pérdida perfil foveal, persisten capas internas, Cupulización CNE y elongamiento SE fotorreceptores. diagnosticándose hipoplasia foveal grado 1. El resto estudios fueron normales.

Conclusión: La hipoplasia foveal es infrecuente pudiéndola encontrar de forma casual en la OCT. La correlación entre el grado de hipoplasia y AVMC es controvertida. Algunos defienden que el tamaño del fotorreceptor es el factor mas importante para una buena AVMC. Por tanto, la visualización del elongamiento de SE de los fotorreceptores por OCT, se asocia a mejor pronóstico visual, independientemente de la presencia o no de depresión foveal.



PCC24 LESIONES OCUPANTES DE ESPACIO (LOE) EN LA CABEZA DEL NERVIÓ ÓPTICO (NO) DOCUMENTADAS MEDIANTE ANGIOGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA

Pablo TORRELO NAVARRO, Irene PLATAS MORENO, Sonia DURÁN POVEDA, María del Pilar RODRÍGUEZ MERCHANTTE, Laura GUERRERO ALTARES, Jacobo HERRERA PEREIRO

Introducción: La angiografía por tomografía de coherencia óptica (A-OCT) se presenta como alternativa a la angiografía convencional con la ventaja de obtener imágenes en alta resolución, ser una prueba no invasiva y realizable en pacientes alérgicos a contraste.

Caso clínico: Se presentan dos casos de LOE en la papila.

Mujer de 54 años con antecedentes de miopía magna, -12.0 dioptrías (D) en ojo derecho (OD) ambliope y -8.0 D en ojo izquierdo (OI), que en la exploración presentó: agudeza visual (AV) corregida de 0.4 OD y 1.0 OI y un defecto altitudinal inferior con respecto macular en campo visual (CV) de OI. En el fondo de ojo (FO) izquierdo se observó una LOE en borde supero-temporal del NO sugerente de drusa confirmada con autofluorescencia. La OCT de capa de fibras nerviosas retiniana (RNFL) no fue valorable por la anatomía miópica del NO. Mediante A-OCT se visualizó un área de 1.92 mm² de isquemia en capas superficiales y en el mapa de densidad una disminución de flujo superficial y profundo en la localización de la drusa, congruente con el defecto del CV.

Mujer de 81 años asintomática que en una revisión presentó AV sin corrección 0.4 en OD y 0.8 en OI. En el FO de OI se halló una placa ateromatosa de Hollenhorst en la bifurcación de la arteria principal superior retiniana en su salida del NO y una hemorragia en llama adyacente. El grosor medio de la RNFL (OCT) fue normal. Sin embargo, la A-OCT mostró unafilamiento del nacimiento de las arterias centrales de la retina superiores con una aparente disminución de flujo en el mapa de color, pero sin un área de isquemia objetivable.

Conclusión: La A-OCT permite visualizar áreas de isquemia causadas por diferentes LOE en la cabeza del NO, a distintos niveles de profundidad (capilar superficial, coriocapilar o radial peripapilar capilar), y documentar su evolución. Posibilita relacionar la disminución de la vasculatura peripapilar con áreas de atrofia en la capa de fibras del NO.



PCC25 PAPILOFLEBITIS ASOCIADA A ALTERACIÓN DE FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN

Susann's Pamela GUILLÉN LOZADA, Elena SÁENZ DECKER, Susana RODRÍGUEZ VILLA

Introducción: La papiloflebitis es una vasculitis papilar con congestión venosa secundaria, que afecta clásicamente a pacientes sanos por debajo de los 50 años, con características semejantes a la trombosis de vena central de la retina, y con evolución generalmente benigna.

Caso clínico: Varón de 47 años, con antecedente de Síndrome de Brugada, recuperado de una parada cardíaca previa; acudió a la consulta por disminución de visión y escotoma central en ojo izquierdo (OI) de 2 meses de evolución. La mejor agudeza visual corregida (MAVC) era de 1.0 en ojo derecho (OD) y 0.7 en OI y el examen de fondo de ojo reveló edema de papila con hemorragias, gran ingurgitación venosa y exudación dura circumpapilar en OI, OD normal. La Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) evidenció importante engrosamiento de la capa de fibras nerviosas así como desprendimiento neurosensorial (DNS) macular nasal. El Campo visual mostró un defecto homónimo izquierdo. La tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo mostró atrofia cortical occipital en relación a daño hipóxico previo. El Doppler de Troncos supra-aórticos (TSA) fue normal. Se solicitó analítica completa incluyendo pruebas serológicas, de autoinmunidad, factores madurativos, así como estudio básico de coagulación y de trombofilias. Los resultados fueron normales, salvo un aumento del factor VIII de la coagulación, posible responsable del cuadro, por lo que fue valorado por Hematología recomendando profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa. En los controles oftalmológicos posteriores, el edema de papila fue disminuyendo y la recuperación de la agudeza visual fue total.

Conclusión: La papiloflebitis es una afección poco habitual que suele tener un desarrollo benigno incluso sin tratamiento. Sin embargo, es necesario realizar el diagnóstico diferencial con otras causas de edema de papila así como descartar estados de hipercoagulabilidad y enfermedades infecciosas o autoinmunes que pudieran estar asociadas.



PCC26 SUBLUXACIÓN DE CRISTALINO EN DOS CASOS DE SÍNDROME ISQUÉMICO OCULAR, ¿UNA COMPLICACIÓN TARDÍA?

Fernando LÓPEZ HERRERO, Miguel Ángel MONTENEGRO QUINTANA, Carolina FRANCO RUEDAS, Beatriz LECHÓN CABALLERO, Cristina VITAL BERRAL

Introducción: El síndrome isquémico ocular (SIO) constituye una entidad poco frecuente, habitualmente unilateral, fuertemente asociada a factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y oclusión o estenosis de la arteria carótida común o carótida interna. Entre las diversas manifestaciones del SIO en polo anterior se han descrito rubeosis de iris, glaucoma neovascular, uveítis, catarata asimétrica, atrofia de iris y pupila arrefléxica. La catarata madura, frecuente en contexto de SIO evolucionado, es un factor de riesgo reconocido para la luxación cristaliniana. La isquemia del cuerpo ciliar ha sido anteriormente propuesta como mecanismo desencadenante de daño zonular. Por otro lado, la ciclofotocoagulación transescleral, que supone la pérdida de función del cuerpo ciliar, ha sido relacionada igualmente con subluxación de cristalino como complicación.

Casos clínicos: Caso 1. Mujer de 53 años con FRCV y agudeza visual (AV) en ojo izquierdo (OI) de percepción de luz, con rubeosis de iris, atrofia iridiana, catarata madura y neovascularización del ángulo camerular. El angio-TAC de troncos supraaórticos muestra oclusión completa de arteria carótida común izquierda con signos de reperfusión o flujo retrógrado, distal a la bifurcación carotídea. 8 años más tarde, se observa facodonesis en el OI en relación con subluxación de catarata madura desplazada hacia nasal y ligeramente anterior.

Caso 2. Varón de 51 años con antecedente de ictus isquémico en relación con estenosis de arteria carótida interna izquierda. En la exploración inicial presenta amaurosis de OI, pupila en midriasis arrefléxica con despigmentación de iris y catarata madura. Tras 7 años de seguimiento, se aprecia subluxación hacia inferior de catarata brunescente.

Conclusión: La luxación-subluxación de cristalino podría considerarse entre las complicaciones tardías del SIO, que provoca isquemia del cuerpo ciliar y secundariamente un proceso degenerativo que afecta a la integridad de la zónula.



PCC27 IMAGEN MULTIMODAL Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HAMARTOMA ASTROCÍTICO

María Victoria NAVARRO ABELLÁN, Raquel SORIANO GIL, Juan SÁNCHEZ PEREA, Manuel ALMARCHA MENARGUES, Elisa FOULQUIE MORENO, Celia GÓMEZ MOLIA

Introducción: Caso observacional retrospectivo de hamartoma astrocítico (AH) y realización de diagnóstico diferencial, documentado fotográficamente, mediante imagen multimodal. Los datos clínicos incluyen agudeza visual corregida (AVC), examen del fondo de ojo, ecografía, tomografía de coherencia óptica (OCT), autofluorescencia y angiografía de fluorescencia (AF).

Caso clínico: Revisión periódica de una paciente de 60 años en seguimiento por retinosis pigmentaria (RP), tratamiento con Tamoxifeno por cáncer de mama. La AVC era de 0.4 en ambos ojos. Cinco años más tarde, el examen ocular no había cambiado, excepto por la aparición de una nueva lesión en la cabeza del nervio óptico en ojo izquierdo. El examen del fondo de ojo reveló una masa nodular no pigmentada de aspecto translúcido, con vasos retinianos visibles y cambios pigmentarios en forma de espícula en la periferia media de la retina, típicos de la retinosis pigmentaria. La OCT reveló una masa intrarretiniana hiperreflectiva. La autofluorescencia y la AF confirmaron el diagnóstico de AH endofítico no calcificado.

El diagnóstico diferencial de masa en la cabeza del nervio óptico se realizó entre hemangioma coroideo circunscrito, melanoma amelanótico adyacente a la papila óptica, hemangioblastoma capilar excluido por la coloración rosada de naturaleza vascular y metástasis de cáncer de mama por los antecedentes personales, descartado por la ausencia de piel de leopardo, pliegues retinianos y desprendimiento seroso.

Conclusión: El AH es un tumor poco frecuente, descrito en pacientes RP por lo que es importante documentar cualquier crecimiento durante el seguimiento que sea sugestivo de AH. La imagen multimodal proporciona más información y facilita un diagnóstico precoz. El diagnóstico diferencial de masa solitaria en la cabeza del nervio óptico es esencial para el seguimiento y tratamiento. Se recomienda la exclusión de esclerosis tuberosa y neurofibromatosis en lesiones bilaterales.



PCC28 NEURITIS RETROBULBAR COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN EN UN PACIENTE CON SÍFILIS

Rocío BARRERA MOYANO, Ana MUÑOZ MORALES, Trinidad RUEDA RUEDA, Eva PARRA OVIEDO, Rocío LEÓN FERNÁNDEZ

Introducción: La afectación neurológica en la sífilis puede producirse en cualquier fase de la enfermedad, manifestándose como neurosífilis asintomática, parética, meningitis aguda, sífilis meningovascular y tabes luética. Más concretamente, la afectación del disco óptico puede producirse como una neurorretinitis, palidez, lesión inflamatoria sólida y edema inflamatorio del disco. Las manifestaciones más comunes son la perineuritis, la neuritis anterior o retrobulbar y el papiledema.

Caso clínico: Varón de 55 años, sin antecedentes de interés, que acude por pérdida de visión en ojo izquierdo (OI), progresiva e indolora, de 3 días de evolución, acompañada de pérdida progresiva del campo visual.

A la exploración, se observó agudeza visual de movimiento de manos, defecto pupilar aferente relativo y palidez papilar. Ante la posibilidad de que se tratase de una neuropatía óptica retrobulbar, se realizó tratamiento con bolos de corticoides, iniciándose estudio.

Se realizó TAC craneal y RMN sin hallazgos patológicos. La punción lumbar mostró serología luética positiva con títulos de Ab reagínico de sífilis 1/4. Tras el diagnóstico de neurosífilis, se inició tratamiento con Penicilina intravenosa.

El estudio oftalmológico incluyó OCT (tomografía de coherencia óptica), campimetría y potenciales evocados visuales (PEV). La OCT de papila y mácula mostró conservación de la capa de fibras nerviosas de la retina (FNR) peripapilares en ambos ojos, mácula normal en ojo derecho y atrofia completa de todas las capas en mácula de OI. La campimetría reflejó una afectación completa del OI, con alteración de la vía visual bilateral en los PEV.

Conclusión: El análisis del LCR constituye la piedra angular en el diagnóstico de neurosífilis. La afectación del SNC puede ocurrir en cualquier fase de la enfermedad y debería considerarse en todos los casos de pérdida de visión de origen desconocido, por lo que el análisis del LCR debería realizarse en todos los pacientes con sífilis.



PCC29 ATEZOLIZUMAB Y SU ASOCIACIÓN CON ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE

Paula BURGOS FERNÁNDEZ, Marta SAINT-GERONS TRECUCU, Ana Matilde MATHEU FABRA, Miguel Ángel RUBIO PÉREZ

Introducción: Presentamos el caso clínico de un paciente con un carcinoma microcítico de pulmón en estadio IV, en tratamiento con atezolizumab, que presenta un cuadro neuritis óptica en el contexto de cuadro desmielinizante.

Caso Clínico: Varón de 36 años con carcinoma microcítico de pulmón diagnosticado hacía un año. Inicialmente realizó tratamiento con atezolizumab, etopósido y carboplatino; pero en los últimos 9 meses estaba únicamente en tratamiento de mantenimiento con atezolizumab. A los 5 meses del diagnóstico presentó dos metástasis encefálicas y requirió tratamiento con radioterapia holocraneal. Sin que existiera entonces evidencia de lesiones desmielinizantes. El paciente presentó también un cuadro de tiroiditis 6 meses después del inicio del tratamiento que se relacionó con el atezolizumab.

El paciente acudió a la consulta por pérdida visual del ojo derecho (OD) de 10 días de evolución. La exploración oftalmológica mostró una agudeza visual de 1.0 en ambos ojos (AO), Ishihara de 20/20 en AO, pupilas isocóricas normorreactivas, no defecto pupilar aferente relativo, la motilidad extrínseca fue normal sin dolor a los movimientos extraoculares. El segmento anterior estaba dentro de la normalidad, la tensión ocular era de 10 mmHg y el fondo de ojo no mostró alteraciones, con papilas con excavación de 0.3, bien delimitadas en AO.

En el campo visual del OD se objetivó un defecto altitudinal inferior y en el ojo izquierdo (OI) unos defectos aislados. La tomografía de coherencia óptica de nervio mostró un grosor de capa de fibras de 96 μm en OD y 93 μm en OI.

En la resonancia magnética cerebral se observaron lesiones compatibles con un proceso desmielinizante.

Conclusión: El atezolizumab se utiliza como tratamiento antineoplásico; forma parte de los inhibidores inmunes de los «checkpoints» que potencian la inmunidad contra los tumores. Se ha descrito su asociación con varios síndromes neurológicos, como esclerosis múltiple o desmielinización atípica.



PCC30 SÍNDROME DE WEBINO DE ETIOLOGÍA ISQUÉMICA

Nieves de las RIVAS RAMÍREZ, Ángela OLLERO ORTÍZ

Introducción: El Síndrome de WEBINO (Wall-eyed bilateral internuclear ophthalmoplegia) es una forma de oftalmoplejía internuclear bilateral caracterizada por la ausencia de aducción y nistagmus en abducción en ambos ojos (AO), déficit de convergencia y, frecuentemente, exotropía.

Caso clínico: Varón de 75 años que acude a urgencias por diplopía binocular horizontal de comienzo súbito. Como antecedentes personales destaca hipertensión arterial en tratamiento, síndrome de la apnea obstructiva del sueño, bradicardia en estudio por Cardiología y deterioro de la marcha en el último año.

A la exploración oftalmológica, la mejor agudeza visual corregida es 0,7 (Decimal, E de Snellen) en ojo derecho (OD) y 0,5 en ojo izquierdo (OI). Presenta pupilas isocóricas normoreactivas, exotropía de gran ángulo, limitación a la aducción en AO, déficit de convergencia y nistagmus en abducción de AO. También destaca un aumento de la base de la marcha en la exploración realizada por neurología.

En la resonancia magnética craneal se evidencian múltiples lesiones hipointensas en ganglios de la base y periventriculares, así como en protuberancia y subcorticales compatibles con microangiopatía hipertensiva.

En las sucesivas revisiones la motilidad ocular evoluciona de forma favorable, aunque persiste el trastorno de la marcha.

Conclusión: La oftalmoplejía internuclear es un síndrome producido por la lesión del fascículo longitudinal medial, entre las causas más frecuentes destacan las lesiones desmielinizantes y las vasculares, siendo éstas últimas más comunes en la franja de edad de nuestro paciente. Conocer la etiología así como realizar un correcto diagnóstico diferencial es relevante en estos casos ya que un abordaje multidisciplinar y precoz puede mejorar la calidad de vida y disminuir la morbimortalidad asociada a estos pacientes.



PCC31 NEURITIS ÓPTICA TRAS INFECCIÓN RECIENTE POR EL VIRUS SARS-COV-2

Denisse Michelle ESPINOSA ENCALADA, Alfonso GÓMEZ CORTÉS, Virginia COLLADO TORRES, Raquel MAROTO CEJUDO

Introducción: La inflamación desencadenada tras una infección vírica es una de las principales causas de neuritis óptica (NO). Se presentan dos casos de NO tras infección reciente por el virus SARS-CoV-2, manifestación ocular apenas descrita en la literatura hasta el momento.

Casos clínicos: Caso 1: Niño de 8 años remitido para valoración por fiebre y cefalea de 8 días de evolución. La agudeza visual (AV) es de 1 en ambos ojos (AO), presentando en la funduscopía un borramiento de los bordes nasales de las papilas de AO. Caso 2: Mujer de 55 años, con disminución de AV de tres semanas de evolución. La AV es de 0,5 en el ojo derecho (OD) y de 0,7 en el ojo izquierdo (OI). En la funduscopía se aprecia una papila congestiva, con borde supero-temporal borrado en el OD y un edema de papila con hemorragias peripapilares en el OI. Ambos pacientes refieren infección asintomática reciente por virus SARS-CoV-2, presentando IgG anti-SARS-CoV-2 2615.3 AU/mL (caso 1) y 3782.4 AU/mL (caso 2). En ambos casos se realizó un TAC urgente, describiéndose un aumento del líquido dentro de las vainas de ambos nervios ópticos en el caso 1 y un engrosamiento difuso de ambos nervios ópticos en el caso 2. Ante estos hallazgos, se realizó un estudio completo que incluyó: analítica con bioquímica, hemograma, serología ampliada, autoinmunidad y marcadores tumorales (caso 2), que fueron normales; proteinograma compatible con proceso inflamatorio agudo en el caso 1; estudio de LCR negativo (incluyendo antiNMO/ MOG y estudio de IgG BOG en el caso 2) y RNM cerebral y medular sin alteraciones. El caso 1 se trató con metamizol y amoxicilina y el caso 2, con corticoterapia; presentando ambos resolución completa de los síntomas. Al alta, el diagnóstico fue de NO post-inflamatoria en el contexto de infección reciente por SARS-CoV-2.

Conclusión: A pesar de las pocas referencias existentes, la inflamación del nervio óptico tras infección por SARS-CoV-2 debe tenerse en cuenta en el contexto actual.



PCC32 ATAXIA AUTOSÓMICA RECESIVA ESPÁSTICA DE CHARLEVOIX-SAGUENAY

Nuria ESTÉBANEZ CORRALES, Laura CABREJAS MARTÍNEZ, June ARTAECHEVARRÍA ARTIEDA

Introducción: La ataxia autosómica recesiva espástica de charlevoix-saguenay (ARSACS) es un tipo infrecuente de enfermedad neurodegenerativa que asocia, principalmente, ataxia cerebelosa de comienzo precoz, síndrome piramidal y neuropatía periférica. Sin embargo, se han descrito afectaciones oculares, casi constantes, que son un sello distintivo de este trastorno, no presente en otros tipos de ataxias.

Caso clínico: Mujer de 35 años, estudiada por alteraciones de la marcha con caídas frecuentes e inestabilidad. La resonancia magnética reveló una atrofia cerebelosa con predominio en vermis superior. El electromiograma mostró una polineuropatía axonal sensitivo-motora simétrica. El estudio genético fue concluyente con ARSACS.

A nivel oftalmológico la paciente presentaba estrías peripapilares con engrosamiento en la capa de fibras nerviosas (CFNR), apariencia dentada de las capas retinianas internas con microquistes a ese nivel. En la exploración presentaba un nistagmo típico de enfermedad cerebelosa con agudeza visual y campos visuales conservados.

Conclusión: Se cree que el aumento del grosor de la CFNR en el ARSACS se debe a un aumento o a una hipertrofia en el número de fibras nerviosas retinianas.

Este exceso de tejido neural ocasiona los pliegues papilomaculares y perifoveales. La propia isquemia, la compresión y la neurodegeneración, son los responsables de los cambios cistoides retinianos.

Estudios previos sugieren que, independientemente del tipo de mutación, las afectaciones retinianas son comunes en esta patología, siendo un sello distintivo.

Los cambios retinianos en la OCT son biomarcadores sensibles de esta entidad y podrían orientar la investigación molecular de las ataxias hereditarias.

En resumen, es importante conocer las implicaciones retinianas en este tipo de ataxia, para hacer un correcto enfoque diagnóstico y no confundirlo con otras patologías que cursen con los signos previamente descritos.



PCC33 SÍNDROME DE MILLER FISHER CON OFTALMOPLEJÍA INTERNA Y EXTERNA, SIN ATAXIA NI ARREFLEXIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Nieves GARCÍA FIGUERA, Sara HERNÁNDEZ SANTAMARÍA, M.^a del Carmen MALDONADO MAC-CROHON, Javier FERNÁNDEZ MOLINA, Afrodita AGUIRREBEÑA OLMOS, Estrella LÓPEZ CARRIL

Introducción: El Síndrome de Miller Fisher (SMF) es el más frecuente de los subtipos atípicos del Síndrome de Guillain-Barré. Cursa con la triada de oftalmoplejía, ataxia y arreflexia. Presentamos el caso de un paciente que presenta una oftalmoplejía interna y externa como inicio de un SMF, sin desarrollo de ataxia ni arreflexia.

Caso clínico: Varón de 28 años que acude a urgencias por visión borrosa y diplopia de 24 horas de evolución. Asocia cuadro de gastroenteritis. Estaba consciente y orientado, con pupilas medias arreactivas y diplopia horizontal con limitación de la abducción (abd) del ojo izquierdo. Se decidió ingreso hospitalario, durante el cual se le realizaron analítica, pruebas de imagen, electrocardiograma y estudio neurofisiológico, sin hallazgos. Al cuarto día, mantenía la midriasis arreactiva y asociaba empeoramiento de la diplopia con limitación de la abd de ambos ojos (AO). Al sexto día presentaba una oftalmoplejía interna y externa completas. Se realizó test de colirios con contracción en AO tras aplicación de pilocarpina 0.125%, sugestivo de hipersensibilidad por denervación. En ningún momento presentó ataxia ni arreflexia. El líquido cefalorraquídeo (LCR) demostró una concentración elevada de proteínas. Los Ac IgG antigangliósido anti GQ1b en plasma fueron positivos, confirmando el diagnóstico de SMF. Se trató con inmunoglobulinas y corticoides intravenoso, presentando mejoría de los síntomas.

Conclusión: Presentamos un caso poco frecuente de SMF, con inicio atípico, con oftalmoplejía externa e interna, siendo esta segunda muy poco frecuente al inicio del cuadro. El diagnóstico de confirmación consistió en la demostración de IgG anti gangliósido GQ1b en suero. Queremos resaltar que, aunque el SMF es poco frecuente y autolimitado, en su fase aguda puede suponer un riesgo para el paciente y debemos sospecharlo ante un cuadro de oftalmoplejía con estas características.



PCC34 NEURITIS ÓPTICA EN CONTEXTO DE COLITIS ULCEROSA: A PROPÓSITO DE UN CASO

María KLECHEVA MAKSIMOVA, Elisabet GARCÍA MARTÍN, Javier CHAVARRI GARCÍA, Ana IBÁÑEZ MUÑOZ, Jency SOSA DURÁN, José Luis del RÍO MAYOR

Introducción: La prevalencia de manifestaciones oftalmológicas en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) varía entre el 2 - 5% según algunos estudios. Un diagnóstico diferencial es fundamental dada la afectación de la calidad de vida del paciente y el potencial riesgo de pérdida de visión irreversible.

Caso clínico: Varón de 58 años acude a Urgencias por visión borrosa en el campo temporal de su ojo derecho (OD) desde hace un mes sin dolor a los movimientos oculares, ni discromatopsia. Destaca antecedente personal de Colitis Ulcerosa (CU) tratada con Mesalazina 500mg (4 comprimidos diarios) sin clínica digestiva ni articular en el momento actual. La agudeza visual mejor corregida (AVMC) es de 1.00 en ambos ojos (AO). A la exploración destaca la ausencia de inflamación en polo anterior y en la fundoscopia se observa papila derecha borrada, no hiperémica, con hemorragias en astilla en polo nasal inferior sin signos de vasculitis ni vitritis. La tomografía de coherencia óptica (OCT) confirma presencia de edema de papila en OD y en el campo visual se observa defecto arciforme inferior. El estudio analítico y las pruebas de imagen (resonancia magnética cerebral y orbitas) no presentan alteraciones. Se decide tratamiento con Prednisona 60 mg en pauta descendente con resolución completa del cuadro sin secuelas.

Conclusión: La neuritis óptica (NO) es una manifestación poco frecuente de la EII cuya etiopatogenia no ha sido completamente comprendida. En ocasiones resulta difícil determinar la causa exacta de una NO en este contexto debido a la asociación con otras enfermedades autoinmunes o neurológicas y el papel etiológico del tratamiento de la enfermedad de base. En este sentido, un equipo de atención multidisciplinario puede ser necesario para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente.



PCC35 CEFALEA, PAPIEDEMA Y TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA CEREBRAL EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: ASOCIACIÓN POCO FRECUENTE PERO MUY GRAVE

Andrea MARTÍN HERRERO, Iciar IRACHE VARONA, Beatriz CASTAÑO MARTÍN, Leticia LOJO OLIVEIRA, María CASAL VALIÑO

Introducción: La trombosis de senos venosos cerebrales es una manifestación muy grave e infrecuente en el lupus eritematoso sistémico (LES). Los factores de hipercoagulabilidad elevados son un factor de riesgo. Presentamos un caso sin elevación de esos parámetros.

Caso clínico: Un varón de 19 años diagnosticado de LES en tratamiento con OH-clo-roquina y corticoides por índice de actividad elevado, presenta cefalea que empeora con maniobras de Valsalva. En una exploración oftalmológica por protocolo de OH-clo-roquina se observa un edema de papila bilateral con un espesor medio de capa de fibras de 350 mm. La agudeza visual es 1 y el campo visual presenta una reducción concéntrica en ambos ojos. Las pruebas de imagen revelan una trombosis en varios senos venosos cerebrales y signos de hipertensión intracraneal. Se descarta un síndrome antifosfolípídico y se comienza tratamiento con enoxaparina, corticoides e inmunosupresores. La evolución fue a la normalización progresiva de todos los parámetros.

Conclusión: Aunque esta asociación es muy infrecuente, su gravedad nos obliga a tenerla presente en el diagnóstico diferencial de una cefalea en el LES activo, incluso en ausencia de anticuerpos antifosfolípidos.



PCC36 ASOCIACIÓN DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO DE NEUROMIELITIS ÓPTICA (NMOSD) Y SÍNDROME DE SJÖGREN (SS) EN EDAD AVANZADA, A PROPÓSITO DE UN CASO

María Jesús QUIROZ QUIROGA, Ana MATHEU FABRA, Marta SAINT-GERONS TRECU, Sandra UBÍA SÁEZ, Marta LENCZEWSKA, Jorge ARMENTÍA PÉREZ DE MENDIOLA

Introducción: El NMOSD es una enfermedad neurológica autoinmune desmielinizante caracterizada por neuritis óptica, afectación medular y lesiones cerebrales características. Es anti-aquaporina 4 (Ac AQP4) positiva y puede asociarse a otras enfermedades autoinmunes como el SS. El debut en edad avanzada es muy poco frecuente.

Caso clínico: Mujer de 72 años consulta por disminución de la agudeza visual (AV) del ojo derecho (OD) de 2 semanas de evolución. Como antecedentes destacaba ojo seco leve y una membrana epirretiniana (MER) de OD. En la exploración oftalmológica la AV fue OD: movimiento de manos, ojo izquierdo (OI) 0,4. El test de Ishihara no veía el control en OD y 16/20 en OI. Las pupilas eran isocóricas y con defecto pupilar aferente relativo del OD. La biomicroscopia de segmento anterior fue normal y en el segmento posterior destacaban unas papilas bien delimitadas, con excavación de 0,4, levemente pálidas y MER en el OD, resto normal.

La campimetría mostró abolición del OD y un escotoma superotemporal en OI compatible con escotoma juncional. La tomografía de coherencia óptica (OCT) de nervio óptico (NO) fue normal y en la OCT de mácula se observaba una MER tipo 3. La resonancia cerebral y orbitaria informó neuritis del segmento intraorbitario del NO derecho. La analítica mostró ANA+ 1/320 con patrón moteado, anticuerpos anti Ro y anti La elevados, Ac AQP4 positivos y anti MOG negativos. La RMN medular no mostró signos de mielitis.

Se realizó el diagnóstico de NMOSD y SS y se inició tratamiento con bolos de metilprednisolona y posteriormente Rituximab. A los 8 meses de seguimiento la AV del OD mejoró a 0,05 y del OI a 0,7, así como también el campo visual de ambos ojos. La OCT de NO mostraba adelgazamiento en OD siendo normal en OI.

Conclusión: No existe acuerdo si estas dos patologías son de un mismo espectro o dos entidades coexistentes. Es fundamental saber que nunca es tarde para tener un NMOSD y la afectación medular en pacientes mayores es más frecuente y con peor pronóstico funcional.



PCC37 HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL ASOCIADA A TETRACICLINAS EN PACIENTE PEDIÁTRICA CON PARÁLISIS CONGÉNITA DEL IV PAR CRANEAL; UN RETO DIAGNÓSTICO

Marina RODRÍGUEZ ANDRÉS, Alicia LÓPEZ CRIADO, Eduardo Manuel PASTENES ZHILIN, María Luz GUARDATI, Pablo SOLER BARTRINA, Rodrigo del RÍO ZEGARRA

Introducción: La hipertensión intracraneal idiopática consiste en la presencia de signos y síntomas debidos al aumento de presión intracraneal (PIC) con exploración neurológica, composición de líquido cefalorraquídeo y neuroimagen normales.

La principal causa de aumento de la PIC es idiopática. Sin embargo, es necesario excluir alteraciones vasculares, patología sistémica o toma de fármacos. En este último grupo destacan las tetraciclinas.

Entre los síntomas y signos oftalmológicos, encontramos: papiledema, diplopia, visión borrosa y pérdida transitoria de visión.

Caso clínico: Niña de 12 años con antecedentes de parálisis congénita del IV par craneal izquierdo con hipertropía del ojo izquierdo (OI) en posición primaria de la mirada, e hipertropía en aducción secundaria, estables desde su diagnóstico a los 9 años. Acude por visión borrosa y empeoramiento de su estrabismo.

En la historia clínica destaca la toma de minociclina oral para el acné desde hacía 3 meses. En la exploración oftalmológica se observan como hallazgos de nueva aparición, una microendotropía en el OI sin limitación de la abducción y papiledema asimétrico. La paciente ingresa para estudio. Se realizan una resonancia magnética craneal, que resulta normal y, una punción lumbar (PL) que revela aumento de la PIC. Ante la sospecha de que el cuadro sea secundario a minociclina, ésta se retira y se pauta acetazolamida oral. La endotropía desaparece horas después de la PL y el papiledema mejora progresivamente.

Conclusión: La afectación del VI par craneal es la alteración oculomotora más frecuente en la hipertensión intracraneal. No tiene valor localizador y en algunos pacientes se presenta sin limitación aparente de la abducción.

Ante un paciente con estrabismo conocido que presenta nuevos síntomas o signos es necesario realizar una anamnesis y exploración oftalmológica exhaustivas. Son prioritarias la exploración motora y la funduscopía en busca de afecciones sobrevenidas.



PCC38 ATROFIA ÓPTICA BILATERAL: SÍNDROME DE WOLFRAM. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ana RUIZ PALACIOS, María Esther ARRANZ MÁRQUEZ

Introducción: describimos el caso de un paciente que presenta atrofia óptica bilateral secundario a un Síndrome de Wolfram (SW).

Caso Clínico: adulto joven de 30 años de edad remitido a consultas de Neuro-oftalmología por atrofia óptica bilateral diagnosticado a los 16 años. En la exploración destaca palidez papilar bilateral, campimetría con defecto difuso y generalizado en ambos ojos y tomografía de coherencia óptica con disminución severa de la capa de fibras y de células ganglionares de la retina. Como antecedentes presenta DM de debut a los 7 años sin anticuerpos (anti islotes de Langerhans y anti GAD negativo), disfunción eréctil y depresión. En la historia familiar, su hermana presenta DM y atrofia óptica bilateral. Se derivó a genética con la sospecha clínica de SW con hallazgo de homocigosis en el gen WFS1(cr.4p16).

Conclusión: el SW es una enfermedad neurodegenerativa rara, caracterizada por: DM-1, atrofia óptica, diabetes insípida y signos neurológicos (DIDMOAD). La DM en edad pediátrica junto a la neuropatía óptica es criterio diagnóstico.

Se trata de una enfermedad del retículo endoplásmico (RE) y las investigaciones actuales tratan de reducir el estrés oxidativo del RE. Un diagnóstico precoz puede reducir las morbilidades y aumentar la supervivencia. En nuestro caso, se está siguiendo un abordaje pluridisciplinar por oftalmología, psiquiatría, urología y endocrinología que descartó diabetes insípida, aunque la mayoría de los pacientes desarrollarán el síndrome completo.



PCC39 MIDRIASIS BILATERAL CONGÉNITA FAMILIAR

Jensy SOSA DURÁN, Ana IBÁÑEZ MUÑOZ, María KLECHEVA MAKSIMOVA, Miluce CANO QUINTE, Irune ORTEGA RENEDO

Introducción: La midriasis bilateral congénita es un diagnóstico de exclusión ante un paciente adulto con historia de «pupilas dilatadas» de manera crónica. Es crucial determinar la cronicidad del cuadro y descartar otras causas de midriasis fija. Presentamos un caso de una paciente con midriasis bilateral congénita debido a una probable aplasia del músculo esfínter del iris, con historia familiar altamente sugestiva de un patrón de herencia ligado al cromosoma X.

Caso clínico: Mujer de 59 años quien acude por historia familiar de glaucoma y fotofobia crónica. Presentaba una midriasis bilateral fija, la cual informó que siempre había tenido sin saber la causa. Contó que tanto su hija como su madre tenían ojos dilatados, solo tiene hermanas, y no tiene hijos. Fotografías antiguas mostraban la misma midriasis. La agudeza visual fue de 1.0 en ambos ojos (OU). Se encontró una ausencia de los reflejos fotomotores directos y consensuales. La presión intraocular fue de 18mmHg OU. Las tomografías por coherencia óptica de segmento anterior evidenciaron iris planos. Se realizaron pruebas farmacológicas donde solo se obtuvo una leve dilatación con fenilefrina. Se estudiaron los genes PAX6, ELP4, ACTA2 y TRIM4, pero no se reportó ningún hallazgo patológico. Debido a todos estos hallazgos, el diagnóstico de midriasis bilateral congénita con una herencia probablemente ligada al cromosoma X fue establecido.

Conclusión: La midriasis bilateral congénita es una condición excepcional debido a una aplasia del músculo esfínter del iris. En esta condición existe una falta de respuesta pupilar a la luz y acomodación. La mayoría de estos pacientes son mujeres, y el patrón de herencia puede ser autosómico dominante o dominante ligado al cromosoma X incompatible con la vida en el género masculino. El manejo de estos pacientes se basa en dispositivos internos o externos para controlar la entrada de luz al ojo, y el consejo genético.



PCC40 VITREORETINOPATÍA EXUDATIVA FAMILIAR (VREF) Y FRACTURAS ÓSEAS DE REPETICIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Borja ARIAS DEL PESO, Álvaro TELLO FERNÁNDEZ, Juan PINILLA BOROBIÁ, María ROMERO SANZ

Introducción: La vitreorretinopatía exudativa familiar (VERF) es una distrofia vitreoretiniana hereditaria caracterizada por una vascularización retiniana anormal asociada con exudación. Aunque la principal causa de VERF son mutaciones en el gen FZD, existen casos descritos con mutaciones en LRP5, el cuál regula la mineralización ósea. Se presenta el caso de un paciente con diagnóstico de VERF y fracturas óseas de repetición.

Caso clínico: Lactante de 5 meses de vida derivado al servicio de oftalmología por nistagmus irregular. Entre sus antecedentes destaca consanguineidad en progenitores y hermana con baja visión por vítreo primario persistente hiperplásico. En la exploración se evidencia un nistagmus pendular irregular con falta de fijación y seguimiento, microftalmia en ojo izquierdo y pliegues falciformes en la fundoscopia. La ecografía ocular muestra masa hiperecoica bilateral retrolental. Se inicia estudio genético de distrofias vitreoretinianas que muestra mutación en homocigosis en el gen LRP5, compatible con diagnóstico de VERF. En el seguimiento el paciente recibe tratamiento con crioterapia y ablación laser ante el componente exudativo retiniano. Con el crecimiento se observan múltiples fracturas óseas con traumatismos menores, así como una menor densidad ósea. En seguimiento por endocrinología el paciente es diagnosticado de síndrome de osteoporosis-pseudoglioma y tratado con bifosfonatos y reparaciones quirúrgicas de fracturas.

Conclusión: La VREF y el síndrome osteoporosis-pseudoglioma son manifestaciones fenotípicas de alteraciones retinianas y óseas ocasionadas por mutaciones en el gen LRP5. Un diagnóstico precoz de estas es de crucial importancia para mitigar la discapacidad visual y motora que presentarán durante el crecimiento. Aunque no todos los pacientes con VREF y mutaciones en LRP5 llegan a desarrollar este síndrome, se ha visto una densidad mineral ósea reducida que puede ocasionar una osteoporosis de inicio precoz.



PCC41 PARÁLISIS BILATERAL DEL VI PAR EN PACIENTE PEDIÁTRICA COMO DEBUT DE SÍNDROME DE MILLER FISHER ATÍPICO

Pablo CISNEROS ARIAS, Eva NUÑEZ MOSCARDA, Diana PÉREZ GARCÍA, León REMÓN GARIJO, Patricia RAMIRO MILLÁN, Juan IBÁÑEZ ALPERTE

Introducción: El síndrome de Miller Fisher (SMF) es una enfermedad autoinmune rara que se caracteriza por la triada de oftalmoplejía, ataxia y arreflexia. La prevalencia en niños es más baja que en adultos y casi todos los hallazgos clínicos como de laboratorio han sido descritos en estos últimos. A día de hoy, existen pocos casos o series de casos descritos en la bibliografía sobre el SMF y su comportamiento en edad pediátrica lo que puede generar dificultades en el diagnóstico en este grupo.

Caso clínico: Niña de 12 años acude a urgencias por diplopía de 24 horas de evolución. No presentaba antecedentes de proceso infeccioso o febril previo a excepción de episodio de dolor abdominal 8 días antes. A la exploración se encontró una parálisis bilateral del VI par por lo que se decide ingreso hospitalario. Dos días después empeoró el cuadro clínico, apareciendo dificultad en la deglución, disminución de la fuerza y tono muscular en las 4 extremidades. Los reflejos osteotendinosos se mantuvieron conservados. Durante su ingreso se amplió el estudio inmunológico, analítico y microbiológico según protocolo de Guillain Barré. La RMN craneomedular así como la punción lumbar resultaron normales. El electroneurograma fue compatible con polirradiculoneuritis en fase incipiente. Los análisis de autoinmunidad mostraron anticuerpos anti GT1a positivos y anticuerpos anti GQ1b negativos. En base a los hallazgos, se decide tratamiento con inmunoglobulina y corticoides intravenosos. La resolución del cuadro fue progresiva y la alteración oculomotora cedió de manera completa al cabo de 2 meses.

Conclusión: El SMF ha de tenerse en consideración dentro del diagnóstico diferencial de las parálisis oculomotoras en la infancia; a pesar, que su carácter bilateral parece ser menor que en adultos. Afortunadamente, aún en niños mantiene su comportamiento autolimitado, por lo que una recuperación completa es esperada.



PCC42 PRESENTACIÓN INUSUAL Y TEMPRANA DE RETINOSQUISIS LIGADA AL X: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

María GARCÍA LORENTE, Francisco ZAMORANO MARTÍN, Carmen ALBA LINERO, Julia ESCUDERO GÓMEZ

Introducción: Descripción del curso clínico de un caso de retinosquis ligada al X (RLX) y revisión de literatura.

Caso clínico: Varón de 4 meses remitido por nistagmo con antecedentes familiares de patología ocular desconocida en su abuelo, tío y tío-abuelo. En el fondo de ojo se evidenció un pliegue retiniano central que involucraba la mácula en el ojo derecho (OD) y un desprendimiento de retina nasal en el ojo izquierdo (OI) por lo que se programó una exploración oftalmológica bajo anestesia. El examen del fondo de ojo reveló un aplanamiento inesperado de los pliegues en el OD y un desprendimiento de retina nasal persistente en el OI, sugiriendo un posible desprendimiento exudativo bilateral. El segmento anterior y la presión intraocular fue normal en ambos ojos. Se evidenció una refracción altamente hipermétrope +11,00 D OD y +10,50 D OI. La ecografía ocular en modo B mostró un engrosamiento escleral y una longitud axial conservada. Se solicitó estudio genético para descartar una distrofia retiniana hereditaria. Decidimos recetar graduación e indicamos tratamiento con inhibidores tópicos de la anhidrasa carbónica (IAC) y revisiones mensuales. Cinco meses después, las pruebas genéticas confirmaron el diagnóstico de retinosquis ligada al cromosoma X. A los 9 meses el nistagmo se resolvió y la agudeza visual se mantuvo en rangos normales para su edad. El fondo de ojo del OD mostró un área superior de fibrosis y cicatrices pigmentadas peripapilares; y en el OI aparecieron líneas de demarcación pigmentadas y permaneció la retina aplicada.

Conclusión: Es importante realizar un examen completo en el nistagmo congénito y reconocer esta presentación infantil atípica de XLRS, así como su gran diagnóstico diferencial. La observación, el seguimiento estrecho y el tratamiento tópico podrían ser una elección acertada si no se nota la presencia de desprendimiento de retina o si el desprendimiento de retina establecido permanece estable.



PCC43 BESTROFINOPATÍA AUTOSÓMICA RECESIVA DE DEBUT EN LA INFANCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Lena GIRALT PERET, Ivonne CHARCÁN LASKIBAR, Helena OLASO FERNÁNDEZ, Marta GALDÓS IZTUETA, Alex FONOLLOSA CALDUCH, Maialen LÓPEZ ARITZA

Introducción: La bestrofinopatía autosómica recesiva (BAR) es una distrofia retiniana rara con una prevalencia de $<1/1000000$. Fue descrita por primera vez en 1998 y suele debutar en las dos primeras décadas de la vida. **Caso clínico:** Se presenta el caso de una niña de 3 años de edad sin antecedentes personales ni familiares que consultó por melanosis oculi inferior bilateral de 4 meses de evolución. A la exploración de fondo de ojo se apreciaron múltiples placas viteliformes subretinianas bilaterales en territorios de arcadas vasculares superior e inferior y periferia media. No se observaron otros hallazgos en el resto de polo posterior. La agudeza visual estaba conservada y el resto de exploración oftalmológica era normal por edad. El estudio de enfermedades metabólicas fue anodino por lo que se decidió observar con seguimiento trimestral. En uno de los controles se objetivó una hipermetropización de +1 dioptría que se tradujo en la tomografía de coherencia óptica (OCT) como un desprendimiento neuroepitelial subfoveal y edema intraretiniano en ambos ojos. En la OCT-Angiografía no se apreciaron lesiones sugestivas de neovascularización y los depósitos periféricos permanecían estables. Ante el cambio clínico se decidió ampliar el estudio: se descartaron síndromes paraneoplásicos y se hicieron estudios electrofisiológicos. El electroretinograma fotópico y escotópico fueron normales, pero el electrooculograma indicó un índice de Arden patológico. Se estudió la genética a la paciente y a sus progenitores, identificándose mutaciones bialélicas del gen BEST1 compatible con bestrofinopatía autosómica recesiva.

Conclusión: La BAR se engloba en el grupo de las distrofias retinianas maculares y su manejo es principalmente sintomático, no disponiendo en la actualidad de un tratamiento específico. Consideramos este caso de interés para la comunidad científica debido a su baja prevalencia y dificultad diagnóstica como hallazgo casual en ausencia de exudación macular.



PCC44 ESPASMO DE LA ACOMODACIÓN Y DÉFICIT CAMPIMÉTRICO SECUNDARIO A DAÑO AXONAL DIFUSO POR TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

Sofía NAVARRO CORCUERA, Nolvis ÁLVAREZ QUIROZ

Introducción: El espasmo acomodativo es un desorden visual que se caracteriza por una acomodación persistente, debido a contracción prolongada del músculo ciliar. Se manifiesta con visión borrosa para objetos lejanos. La causa más frecuente es el origen psicógeno, seguido de causas orgánicas y por el uso de medicamentos colinérgicos. También se ha descrito la asociación con traumatismos cerebrales.

Presentamos el caso de un hombre con espasmo de acomodación y déficit campimétrico tras traumatismo craneoencefálico (TCE) severo.

Caso clínico: Hombre de 23 años de edad, se queja de visión borrosa de lejos tras recuperarse de estado de coma durante 1 mes por TCE debido a un accidente de tráfico. No tenía historia de defecto refractivo previo. Al examen oftalmológico, agudeza visual sin corrección de 0.6 en ambos ojos. Refracción manifiesta: OD -3 esfera, -0.5 cilindro y OI -2.75 esfera -0.5 cilindro. Refracción con cicloplejia: -0.25 esfera en ambos ojos. Pupilas y cover test normales. En el fondo de ojo, leve palidez papilar OD. En estudios complementarios, en resonancia magnética se evidencia lesión axonal difusa en múltiples territorios frontoparietal, temporal y en territorio cerebeloso derecho. En campos visuales, defecto campimétrico temporal en OD y nasal en OI. OCT adelgazamiento sectorial de capas de fibras nerviosas. Se diagnostica espasmo de la acomodación. El tratamiento inicial con colirio ciclopléjico no fue tolerado por el paciente, precisando finalmente corrección óptica con esferas negativas.

Conclusión: El espasmo acomodativo es una condición rara entre las alteraciones oftalmológicas que pueden aparecer tras un TCE. Las vías nerviosas de la acomodación incluyen elementos distribuidos por distintas partes del cerebro, siendo un sistema especialmente susceptible al daño neuronal. Es relevante identificarlo para instaurar un tratamiento eficaz que mejore la calidad de vida de los pacientes afectados por secuelas de TCE.



PCC45 HALLAZGOS ATÍPICOS EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE BEST

Miriam PASTOR MONTORO, Francisco José POZO LORENZO

Introducción: La enfermedad de Best (EB) es la segunda distrofia macular más común. Es un trastorno autosómico dominante poco común debido a mutaciones en el gen BEST1, de penetrancia incompleta y expresión variable, que suele comenzar en la infancia. Evoluciona gradualmente en diferentes etapas: previteliforme, viteliforme o de yema de huevo, pseudohipopion, vitelirruptiva, atrofia y a veces neovascularización (NV). El electrorretinograma (ERG) es normal aunque puede haber excepciones y el electrooculograma (EOG) es anormal en todas las fases. La agudeza visual (AV) está conservada hasta edades medias en las que decae por atrofia o NV.

Caso clínico: Mujer de 10 años consulta por déficit de AV. En sus antecedentes familiares destacó su padre y tía paterna con maculopatía no filiada. La mejor agudeza visual corregida era 0,9 en ojo derecho (OD) y 1 en ojo izquierdo. La presión intraocular y el polo anterior fueron normales. En el fondo de ojo (FO) se observó granularidad macular sutil en ambos ojos (AO) y en OCT leve separación en forma de cúpula entre fotorreceptores y epitelio pigmentario de la retina (EPR) en AO. Dados los antecedentes y los hallazgos observados en OCT se solicitó estudio electrofisiológico y genético. El ERG mostró una alteración de conos y bastones de intensidad leve, el EOG fue anormal con un índice Arden disminuido y el estudio genético objetivó mutación en el gen BEST1, siendo la paciente diagnosticada de EB. Se realizó consejo genético y se recomendó estudio a sus hermanas.

Conclusión: En la fase previteliforme la AV está conservada y el FO es normal. En nuestro caso, a pesar de encontrarse en fase previteliforme, se objetivó una ligera disminución de AV en OD y cambios en la OCT de AO. La alteración observada en la OCT podría ser el inicio del depósito hiperreflectivo típico de la fase viteliforme y corresponder con una fase viteliforme precoz. Por otra parte, nuestra paciente mostró un ERG alterado, que suele ser normal en la EB.



PCC46 LIMITACIÓN EN LA INFRAVERSIÓN TRAS LA REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA ORBITARIA

Celia RUIZ ARRANZ, Alberto RECHE SÁINZ, Lucía de PABLO GÓMEZ DE LIAÑO, Luis ALCALDE BLANCO, Adrián LODARES GÓMEZ, Jaime FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

Introducción: Las fracturas de suelo orbitario suelen cursar con diplopía vertical en la elevación de la mirada por el atrapamiento del recto inferior (RI). Las diplopías causadas por déficit de la infraversión son más excepcionales y con un mecanismo de producción menos evidente.

Casos clínicos: En estos casos de fractura de suelo orbitario con reparación mediante implante de malla, se produjo un déficit de infraversión tras la cirugía reparadora.

Caso 1: Mujer, 38 años con fractura de suelo del ojo derecho (OD) con diplopía en infraversión tras la reparación quirúrgica. En el TAC la malla de titanio se observa elevada en contacto con el RI por lo que fue retirada. Sin embargo, persistió la diplopía en la infraversión dentro de los 20° centrales. **Caso 2:** Varón, 85 años con fractura del suelo orbitario del OD. En el postoperatorio, se observó atrapamiento muscular por la malla, que fue retirada, a pesar de lo cual el paciente continuó con diplopía en la infraversión, pero con respeto de los 30° centrales. **Caso 3:** Varón, 58 años. Fractura de suelo orbitario con atrapamiento del RI. A los 6 meses tras la cirugía, persistía la restricción en la infraversión con diplopía en los 10° centrales. Se decidió retirar la malla, por hallarse en íntimo contacto con el RI, sin obtener mejoría. **Caso 4:** Varón, 57 años. Fractura de suelo orbitario con limitación de la infraversión. Tras reparación quirúrgica, se observa acodamiento muscular del RI por levantamiento de la malla, por lo que es retirada 11 meses después, persistiendo una limitación muy severa por posible lesión neuromuscular preexistente.

Conclusión: La etiología de esta complicación puede ser variada, bien por lesión neuromuscular directa, a veces presente antes de la cirugía, o bien por el efecto mecánico inducido por la malla que produce un cambio en el plano de acción muscular. Además, es posible la existencia de extensas adherencias fibrosas que impiden la recuperación de la motilidad tras la retirada de malla.



PCC47 SÍNDROME DE BLEFAROCHALASIS ASOCIADO A SÍNDROME DE EHLERS-DANLOS TIPO CLÁSICO

María ALONSO NAVARRO, Carlos Ramón MORENO ORTEGA, Salomé ABENZA BAEZA, Álvaro de CASAS FERNÁNDEZ

Introducción: El síndrome de Ehlers Danlos incluye un grupo de enfermedades del tejido conectivo clínica y genéticamente heterogéneo, caracterizado por hiperelasticidad y fragilidad cutánea, hiperlaxitud articular y diátesis hemorrágica.

El síndrome de blefarochalasis es un trastorno infrecuente que se caracteriza por episodios recidivantes de edema indoloro sin fovea en ambos párpados superiores.

Caso clínico: Mujer de 42 años que acude a Urgencias por edema palpebral superior bilateral. Refiere episodios similares, recidivantes y autolimitados desde la adolescencia. En la exploración, se observa edema y piel redundante en ambos párpados superiores, sin signos inflamatorios. Como antecedentes, la paciente fue intervenida de cirugía de hernia umbilical, y su padre falleció por problema cardiovascular durante una cirugía de hernia inguinal.

En revisiones sucesivas, se objetivó desaparición del edema, y adelgazamiento, fragilidad y redundancia de piel palpebral y de otras partes del cuerpo.

Se realizó blefaroplastia superior bilateral y envió de muestras a anatomía patológica, con resultados inespecíficos.

Dada la sospecha de enfermedad del tejido conectivo, se realizó interconsulta a reumatología. El estudio genético confirmó la presencia de mutación en el gen COL5A1. Finalmente se estableció el diagnóstico de síndrome de Ehlers Danlos tipo clásico asociado a síndrome de blefarochalasis.

Conclusión: El síndrome de blefarochalasis y el síndrome de Ehlers Danlos son entidades infrecuentes de los que no existen datos epidemiológicos precisos. La asociación de ambos es extremadamente anómala, existiendo un único caso publicado en la actualidad. Aunque nuestro papel como oftalmólogo se basa en el estudio ocular y periocular, no debemos olvidar que múltiples enfermedades sistémicas pueden manifestarse inicialmente a nivel palpebral. Por ello, es de gran importancia realizar una correcta anamnesis y exploración completa que permita realizar un diagnóstico precoz.



PCC48 PROPTOSIS MASIVA COMO MANIFESTACIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA ORBITARIA ASOCIADA A ANEURISMA VENOSO EN UN NIÑO DE 3 AÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Claudia AZPITARTE SÁNCHEZ-MUROS, Javier VICENTE ANDREU, Ignacio TAPIAS ELIAS

Introducción: Las fístulas arteriovenosas (FAV) son vasculopatías infrecuentes caracterizadas por una comunicación directa entre arteria y vena. Hay muy pocos casos descritos de FAV orbitarias, pero no conocemos ninguno hasta ahora asociado a malformación vascular como es el aneurisma venoso. Presentamos un caso diagnosticado y tratado en nuestro centro.

Caso clínico: Paciente de 3 años remitido desde Cuba por aumento de tamaño del globo ocular izquierdo desde hace 5 meses. La exploración física muestra una proptosis masiva, retracción del párpado inferior y oftalmoplejia completa del ojo izquierdo. La biomicroscopía reveló una quemosis masiva y exposición corneal con erosión infiltrada. La presión intraocular fue de 38 mmHg. El TAC con CIV puso de manifiesto un aneurisma venoso dependiente de la vena oftálmica superior de 15 mm con drenaje mixto y punto fistuloso a ese nivel. El paciente fue diagnosticado de FAV orbitaria. Se trató mediante embolización alcanzando el punto fistuloso localizado en el aneurisma venoso ocluyendo por completo la FAV. A nivel oftalmológico, el paciente se trató con colirio de ciprofloxacino cada 8 horas, colirio de timolol al 0.5% cada 12 horas y pomada de eritromicina cada 12 horas seguido de vendaje oclutor y compresivo. Fue dado de alta para seguimiento en Cuba.

Conclusión: La FAV orbitaria es una rara entidad de la que hay muy pocos casos descritos. Hasta el momento no conocemos ninguno asociado a una malformación aneurismática venosa orbitaria. Las FAV pueden ser secundarios a traumatismos como fractura del etmoides y en otras ocasiones espontáneas. Los síntomas más frecuentes son la proptosis y la quemosis asociados a visión doble.

No existe un consenso sobre el mejor tratamiento. Se propone cirugía o embolización como principales métodos. Son necesarios más casos para alcanzar la mejor forma de tratamiento.



PCC49 CORISTOMA NEUROMUSCULAR ORBITARIO DEL NERVIU OFTÁLMICO

Irene BERMÚDEZ CASTELLANOS, Alicia GALINDO FERREIRO, Victoria MARQUÉS FERNÁNDEZ, Ignacio ARRESE REGAÑON, Diego GONZÁLEZ GONZÁLEZ, Marta ÁLVAREZ GARCÍA

Introducción: El coristoma neuromuscular (CN), también conocido como tumor tri-tón benigno, es un tumor poco frecuente compuesto de músculo estriado y fibras nerviosas que suele afectar a los troncos nerviosos periféricos en pacientes de edad pediátrica. Hasta donde sabemos, se presenta el primer caso de CN del nervio oftálmico (V1) en un adulto.

Caso clínico: Acude a urgencias una mujer de 27 años con cefalea periorbitaria izquierda, irradiada a región infratemporal de 20 días de evolución, asociado a lagrimeo, náuseas y vómitos. La exploración oftalmológica fue normal a excepción de hipoestesia en la región V1. La tomografía computarizada reveló una imagen hipodensa a nivel orbitario izquierdo con aumento de tamaño de la cisura orbitaria superior ipsilateral. La resonancia magnética definió la lesión como una masa fusiforme, de bordes bien definidos, con un componente quístico central y refuerzo periférico. Se realizó un abordaje extradural con resección parcial del tumor. La biopsia mostró proliferación de células de músculo estriado entre las cuales se observaron fascículos nerviosos y células de Schwann, siendo el diagnóstico anatomopatológico: CN de V1. A los 6 meses de la cirugía se observó hipotropía de ojo izquierdo con limitación de la supraducción así como hipoestesia y parálisis de hemifrente izquierda con ptosis de ceja ipsilateral. El campo visual y el resto de la exploración de ambos ojos permanecieron inalterados.

Conclusión: Se debería de considerar el NC dentro del diagnóstico diferencial en un paciente joven con cefalea periorbitaria e hipoestesia en la región V1.



PCC50 LINFOMA ORBITARIO ASOCIADO A MUCOSAS (MALT) ASOCIADO A INFECCIÓN POR VIRUS HEPATITIS C

Ana BERROCAL-CUADRADO, Leyre LLOREDA-MARTÍN, Alicia GALINDO-FERREIRO, María Ángeles TORRES-NIETO

Introducción: La infección por Virus Hepatitis C (VHC) está implicada en el 12% de los linfomas asociado a mucosas (MALT) con afectación extranodal. Presentamos el primer caso de linfoma MALT orbitario con afectación sistémica que respondió al tratamiento médico del VHC.

Caso clínico: Varón de 62 años que presenta proptosis e hiposfagmas de repetición en el ojo derecho (OD). A la exploración oftalmológica presenta edema en parpado superior derecho y una masa en canto medial. La biomicroscopía de polo anterior reveló quemosis sectorial temporal en OD. La presión intraocular de 21 mmHg en el OD y 19 mmHg en el ojo izquierdo (OI). Exoftalmometría de 24/21 mm, motilidad ocular y fondo normal en ambos ojos. La tomografía computerizada y la resonancia magnética orbitarias revelaron una masa intraconal sólida en la órbita derecha alrededor de nervio óptico. La biopsia incisional de la masa orbitaria mediante orbitectomía lateral resultó en linfoma de zona marginal con positividad restringida para Kappa. Los estudios de extensión sistémicos mostraron linfadenopatías cervicales, supraclaviculares, paratraqueales y hepáticas; la analítica reveló una gammapatía monoclonal y actividad del VHC. Se diagnosticó al paciente de linfoma orbitario estadio IIA asociado a infección por VHC. Se administró tratamiento médico con glecaprevir/pibrentasvir durante 8 semanas. A los seis meses tras el tratamiento médico, se observó remisión sistémica completa y una regresión del tamaño del tumor orbitario.

Conclusión: La asociación del linfoma MALT orbitario con el VHC es poco frecuente, pero debiera descartarse infección VHC siempre en estos pacientes, con fines terapéuticos y pronósticos.



PCC51 ENFISEMA ORBITARIO TRAS OBTENCIÓN DE INJERTO DE MUCOSA BUCAL

Nelba Mónica Hebe BORDA, Marc RUSTULLET OLIVE, María MAS CASTELLS

Introducción: El enfisema orbitario es una complicación rara de procedimientos dentales o quirúrgicos de la mucosa oral y sinusal. Generalmente se resuelve de modo espontáneo, pero en algunos casos puede generar aumentos de presión intraorbitaria, con compresión eventual del Nervio óptico o de la Arteria Central de la Retina.

Caso Clínico: Presentamos el caso de un hombre de 51 años derivado para valoración de edema palpebral izquierdo y sensación de hinchazón en ojo izquierdo, 48 horas después de una intervención quirúrgica para obtención de injerto de mucosa oral. Al observarse durante la exploración oftalmológica enfisema subcutáneo en párpados y burbujas de aire en conjuntiva, se solicitó Tomografía Computada que reveló enfisema subcutáneo facial y orbitario. Se mantuvo en observación, con tratamiento conservador, y se obtuvo la resolución espontánea y gradual del enfisema.

Conclusión: Consideramos importante tener presente esta rara complicación de ciertos procedimientos quirúrgicos, debido a su riesgo potencial de aumento de la presión intraorbitaria, y con ello, la posibilidad de compromiso del nervio óptico o la circulación del globo ocular.



PCC52 OCLUSIÓN DE RAMA ARTERIAL RETINIANA TRAS CIRUGÍA DE FRACTURA ORBITARIA

Diego BURÓN PÉREZ, Elena PUERTAS MARTÍNEZ

Introducción: La órbita es un espacio comprometido, los traumatismos y cirugías orbitarias pueden dar secuelas irreversibles. Sin embargo, las oclusiones arteriales retinianas no son complicaciones típicas.

Caso clínico: Mujer de 38 años que tras una agresión se diagnostica fractura de suelo y pared medial orbitaria izquierda. Además, presenta hipoestesia V2, exotropía, diplopía binocular, limitación a la dextro e infraversión y una agudeza visual corregida (AVC) de 0,5. El fondo de ojo no muestra alteraciones. Se decide reparar quirúrgicamente con malla orbitaria. En el postoperatorio inmediato, la paciente refiere una marcada disminución de la visión del ojo izquierdo. Presenta además una midriasis media arreactiva con restricción de la aducción, supra e infraducción y una marcada ptosis en ese ojo. La AV es de movimiento de manos y en el FO se observa una oclusión de la rama arterial temporal superior con edema retiniano y afectación macular. El TAC no muestra lesiones ocupantes intraconales o en el ápex orbitario, pero se pautan megadosis de corticoides intravenosos y se realiza una cantotomía externa de urgencias. Actualmente la AV es de 0,2 con un defecto campimétrico altitudinal inferior persistente.

Conclusión: La cirugía reparadora de fracturas orbitarias puede causar por sí misma, aunque no sea habitual, lesiones de estructuras vasculares o nerviosas orbitarias que se sobreañaden a las producidas por el propio traumatismo causante. Se presume que su mecanismo de producción pudiera ser lesión directa o compresivo.



PCC53 HEMORRAGIA RETROBULBAR «ESPONTÁNEA» COMO DEBUT DE UNA METÁSTASIS ORBITARIA DE UN MELANOMA CUTÁNEO

Alex Samir FERNÁNDEZ SANTODOMINGO, Lucía RAMOS GONZÁLEZ, Laura FERNÁNDEZ GARCÍA, Alberto Jacobo CUNQUERO TOMÁS, Isabel PASCUAL CAMPS

Introducción: La hemorragia retrobulbar puede aparecer de forma espontánea o secundaria. Puede ser causada por anomalías vasculares, traumatismos, cirugía, coagulopatías, toxicidades e hipertensión no controlada; así como tumores primarios orbitarios y metástasis; siendo la hemorragia retrobulbar espontánea anecdótica.

Presentamos el caso de una hemorragia retrobulbar aparentemente espontánea, su estudio e implicación diagnóstica y terapéutica.

Caso Clínico: Varón de 79 años con antecedente de melanoma metastásico, que consulta por hemorragia subconjuntival izquierda de 2 días de evolución. Al examen, se observa hiposfagma a tensión 360° en ojo izquierdo, ojo congelado, exoftalmos y pliegues coroideos en fondo de ojo; sin hallazgos de neuropatía óptica compresiva(NOC). Ojo derecho sin hallazgos destacables. El TAC orbitario urgente mostró hematoma retrobulbar aparentemente aislado, por lo que se decidió manejo conservador y vigilancia de signos de NOC, dándose de alta al paciente 48h después dada la progresiva mejoría clínica.

Un mes después, en estudio de extensión oncológico, se halló en RNM un nódulo en músculo recto superior de la órbita izquierda, sugestivo de metástasis; siendo éste la probable causa de la hemorragia anteriormente catalogada como espontánea. Este hallazgo, junto a otros en el estudio de extensión, confirmaron la progresión de enfermedad, y condujeron a un cambio en el tratamiento oncológico.

Conclusión: El hallazgo de la metástasis orbitaria al momento del diagnóstico de la hemorragia pudo condicionar de forma precoz los cambios en el tratamiento oncológico del paciente.

Las hemorragias orbitarias espontáneas son anecdóticas, por lo que deben ser un diagnóstico de exclusión, tras realizar todas las pruebas complementarias necesarias. El TAC de urgencias no es suficientemente sensible para la evaluación de las partes blandas orbitarias, por lo que el estudio mediante RMN en estos casos es necesario.



PCC54 CEFALEA PERIOCLAR POR SINUSITS INVASIVA POR ASPERGILLUS

Irene LOSCOS, Núria TORRELL, Alba MARÍN, Anna HERMOSA, José Carlos ABT

Introducción: La mayoría de enfermedades oculares que provocan ceguera son indoloras. Sin embargo el dolor ocular referido es común debido a que el ojo comparte inervaciones de la primera rama del trigémino con diversas estructuras como el cuero cabelludo, frente, nariz, senos frontales y parte de las meninges. La cefalea periorcular representa un reto clínico desde el punto de vista oftalmológico, ya que pocas veces este dolor está relacionado con enfermedades oculares primarias. A pesar de que en las cefaleas secundarias el oftalmólogo tiene poco que ofrecer, realizar un diagnóstico precoz y una correcta derivación es fundamental.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente con antecedentes de leucemia linfática crónica con cefalea periorcular izquierda de 4 días de evolución como única sintomatología.

Tras haber sido previamente valorado en nuestro centro y revalorado por su médico de cabecera, el paciente reconsultó por persistencia y aumento del dolor. Refiriendo dolor periorcular constante y opresivo que no mejoraba con analgesia.

A la exploración se evidenció leve ptosis izquierda con dolor a la palpación del canto superonasal. Los movimientos oculares extrínsecos estaban conservados.

En el TC craneal se apreció una ocupación parcial de la fosa nasal izquierda con patrón obstructivo osteometal. No se apreció solución de continuidad ósea.

Se derivó al paciente al servicio de otorrinolaringología para realizar una fibroscopía que evidenció un gran pólipo de origen etmoidal, saliendo la biopsia positiva para *Aspergillus Flaus*. Ante la sospecha de infección fúngica sinusal se ingresó al paciente para completar estudio.

Conclusión: La cefalea aguda es un motivo frecuente en urgencias. Si bien es poco común en oftalmología, la infección fúngica sinusal causa dolor periorcular como síntoma principal. Por consiguiente, una buena anamnesis y exploración física es de vital importancia para garantizar un tratamiento precoz y una mayor tasa de supervivencia.



PCC55 TIROIDITIS SILENTE Y OFTALMOPATÍA DE GRAVES TRAS TERAPIA CON ALEMTUZUMAB

María del Carmen MARTÍNEZ ROCA, Marcia Gabriela CABRERA JARA, María Dolores ROMERO CABALLERO

Introducción: La disfunción tiroidea autoinmune es un efecto secundario frecuente tras la administración de alemtuzumab, un fármaco biológico anti-CD52 aprobado para el tratamiento de la esclerosis múltiple remitente-recurrente (EMRR). El trastorno tiroideo más frecuente asociado a este fármaco es la enfermedad de Graves, seguido de la tiroiditis de Hashimoto y la tiroiditis silente. La oftalmopatía de Graves (OG) aparece en un 2% de los pacientes que han recibido tratamiento con alemtuzumab, siendo de características similares a la OG espontánea.

Caso clínico: Mujer de 39 años diagnosticada de EMRR y refractaria a múltiples terapias para el control de la enfermedad. En mayo de 2017 inicia tratamiento con alemtuzumab, desarrollando dos años después OG significativa en su ojo izquierdo, con hiperemia conjuntival leve, edema palpebral superior e inferior y proptosis con diplopía en supraducción, asociado a restricción y dolor a la mirada en dicha posición. La puntuación CAS (Clinical Activity Score) fue de 4/7, siendo diagnosticada de OG activa (CAS>3/7) de grado moderado-severo según la clasificación EUGOGO (European Group on Graves' Orbitopathy), refractaria a inmunosupresores sistémicos. Se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) orbitaria, donde se observó un aumento del tamaño del músculo recto inferior izquierdo. La paciente precisó tratamiento con radioterapia local en la musculatura extraocular, consiguiendo una remisión completa de la enfermedad oftalmológica.

Conclusión: La OG secundaria a tratamiento con alemtuzumab es un fenómeno infrecuente, pero puede llegar a ser un proceso grave que comprometa la visión. La afectación suele ser bilateral y asimétrica, con un pico de aparición tres años después de la infusión del fármaco. Por ello, es preciso instruir al paciente y al equipo médico sobre los signos oftalmológicos de OG, con el fin de indicar una rápida derivación a un oftalmólogo que inicie un tratamiento eficaz.



PCC56 TRATAMIENTO DEL LINFANGIOMA QUÍSTICO ORBITARIO CON SIROLIMUS

Alvaro Andrés OJEDA PAROT, Marta COMES CARSÍ, Héctor CAROT SANMILLÁN, Yolanda CIFRE FABRA, Amparo LANUZA GARCÍA, Antonio DUCH SAMPER

Introducción: Los linfangiomas son malformaciones vasculares benignas que pueden invadir órbita y anexos oculares. Su manifestación más frecuente, en esta localización, es la limitación a la motilidad y proptosis. Presentamos el resultado del tratamiento de un linfangioma orbitario con Sirolimus sistémico, agente inmunosupresor inhibidor de la mTOR.

Caso clínico : Niña de 12 años de edad, que consulta por exoftalmos izquierdo de una semana de evolución. Refiere ambliopía del ojo izquierdo (OI) tratada con oclusiones en la infancia. A la exploración presenta hipermetropía de ambos ojos y agudeza visual (AV) 1 y 0,1 (+3 y +5), exoftalmos de 2 mm en OI. Fondo de ojo: edema de papila del OI. En Resonancia magnética (RM) se evidencia una lesión quística polilobulada orbitaria izquierda, intra y extraconal, con complicación hemorrágica, compatible con linfangioma quístico: Se opta por tratamiento oral con Sirolimus. Después de 5 meses de tratamiento, se ha reducido la proptosis, la AV del OI es de 0,2 (ambliopía), no se observa edema de papila. La RM de control muestra una disminución considerable de tamaño de la lesión, sin compresión del globo ocular. Los controles hematológicos mensuales están en el rango normal y no ha tenido efectos secundarios sistémicos.

Conclusión: El diagnóstico del linfangioma es clínico y se basa en técnicas de imagen, siendo la RM la que aporta mayor información. El tratamiento es quirúrgico cuando hay síntomas: pérdida de AV, ambliopía o alteración estética importante. Es difícil realizar una resección completa y tiene alto riesgo de recurrencia local y complicaciones. Se han propuesto otras opciones terapéuticas, como sustancias esclerosantes inyectadas sobre las paredes vasculares del linfangioma y medicación sistémica para reducir el tamaño en lesiones de difícil acceso quirúrgico, en las que se encuentra el Sirolimus utilizado en este caso.



PCC57 PRESENTACIÓN ORBITARIA DE LA HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS

Oier PÉREZ DÍAZ, Alfonso RUBIO REINA, Fernando SELLERS LÓPEZ, Isabel FESSER OROZ, Rocío TRASPAS TEJERO

Introducción: La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es una enfermedad poco frecuente producida por proliferación de células del sistema fagocítico mononuclear, dando lugar a células presentadoras de antígenos con características similares a las células de Langerhans. La HCL puede afectar a uno o varios órganos, siendo más frecuente la infiltración en hueso, piel, médula ósea, nódulos linfáticos, hígado, bazo y sistema nervioso central (SNC). El número de órganos y localizaciones afectadas es clave en el tratamiento y pronóstico.

Caso clínico: Mujer de 16 años consulta por dolor en borde orbitario superoexterno de 10 días de evolución, acompañado de edema palpebral, planteando un diagnóstico diferencial entre dacrioadenitis aguda y celulitis preseptal como causas más probables. Ante la escasa respuesta al tratamiento antiinflamatorio y antibiótico oral, se amplió el estudio con TAC orbitario en el que se objetivó una lesión osteolítica frontal con masa de partes blandas en la porción superoexterna del techo orbitario que protruía hacia el espacio extraconal y fosa craneal anterior, que hizo necesario descartar causas como la HCL, osteomielitis, enfermedad hematológica o malformación vascular, entre otras. Se realizó una biopsia, resultando positiva para S-100 y cD1a en técnicas inmunohistoquímicas, que confirmaron el diagnóstico de HCL. Tras el estudio de extensión se descartaron lesiones asociadas, determinándose una forma ósea monostótica de HCL. Puesto que la localización de la lesión entrañaba riesgo de progresión y afectación de SNC, se administró tratamiento quimioterápico con prednisona y vinblastina. La paciente presentó respuesta favorable pero incompleta, por lo que se amplió el régimen de quimioterapia a 12 meses.

Conclusión: Las lesiones tumorales orbitarias son poco frecuentes en pacientes pediátricos, pero han de incluirse en el diagnóstico diferencial de la celulitis orbitaria, ya que esta puede ser su primera manifestación.



PCC58 DACRIOADENITIS BILATERAL COMO DEBUT DE GRANULOMATOSIS CON POLIANGEÍTIS

Álvaro TELLO FERNÁNDEZ, Borja ARIAS DEL PESO, Betsabé MELCON SÁNCHEZ-FRIERA

Introducción: La granulomatosis con poliangieítis (GPA) es una vasculitis autoinmune de pequeño vaso poco frecuente. Ocurre con mayor frecuencia en la 5ª y 6ª décadas de la vida. Su patogenia está ligada a los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA).

Caso clínico: Mujer de 48 años acude a urgencias por inflamación periocular bilateral de 1 mes de evolución; asocia cuadro respiratorio e hipoacusia desde hace 6 meses. Al llegar al hospital presentó ambas glándulas lagrimales induradas y dolorosas con leve proptosis simétrica; agudeza visual (AV) de 1,00 en ambos ojos (AO) y una exploración oftalmológica normal. Se solicitó: serología, bioquímica con autoinmunidad, radiografía de tórax y tomografía computarizada (TC) de órbita; y se prescribió tratamiento antibiótico.

Al acabar el tratamiento, la paciente acude a revisión con aumento de hipoacusia y disnea, descenso de AV a 0,7 y aumento de PIO de 5mmHg respecto a la primera visita en AO. Se apreció una quemosis conjuntival con pannus activo y un leve borramiento del disco óptico nasal en AO; al ser evaluado con Tomografía de coherencia óptica (OCT) se objetivó un engrosamiento de la capa de fibras nerviosas de la retina en el sector nasal inferior. Las pruebas mostraron un aumento de reactantes de fase aguda y niveles de c-ANCA. Ante la sospecha de GPA se realizó una biopsia de la glándula lagrimal y mucosa nasal con infiltrado inflamatorio polimorfo formando microabscesos. Y TC que mostró múltiples nódulos pulmonares bilaterales, desplazamiento de las glándulas lagrimales y engrosamiento de los músculos rectos inferiores. Fue ingresada y tratada con corticoides y metotrexate mejorando la clínica visual y sistémica

Conclusión: La pérdida de visión por GPA puede ser causada por escleritis necrotizante, queratitis periférica y neuropatía óptica compresiva causada por inflamación orbitaria. Por ello es importante llegar al diagnóstico temprano poniendo en contexto pruebas de imagen, laboratorio y clínica.



PCC59 A PROPÓSITO DE UN CASO: MANEJO CONSERVADOR DEL SANGRADO ESPONTÁNEO EN HEMANGIOMA CAVERNOSO

Cristina VALLE FRANCO, Sissi DÍAZ RAMÍREZ, Pilar CIFUENTES CANOREA

Introducción: El Hemangioma cavernoso (HC) es una malformación venosa de bajo flujo. Se han descrito excepcionalmente casos de ruptura espontánea de HC con sangrado. Presentamos la descripción de un caso clínico sobre un sangrado espontáneo en un HC y su resolución mediante tratamiento conservador.

Caso clínico: Mujer de 73 años que acude a urgencias por presentar de manera aguda visión borrosa y dolor muy intenso periorbitario de ojo izquierdo (OI). Como antecedentes sistémicos presenta HTA, dislipemia y diabetes tipo2 y oftalmológicos pseudofaquia bilateral. En la exploración inicial de OI presenta una agudeza visual sin corrección (AVsc) de 0.4 (0.5), dolor a los movimientos y limitación leve a la supraducción. Se observa edema bipalpebral blando, dolor a la palpación y leve proptosis. A la biomicroscopia se observa leve hiperemia. En el fondo de ojo presenta edema leve de papila nasal y la presión intraocular de 13 mmHg. Se solicita de urgencia Tomografía Computerizada (TC) de órbita con contraste y se informa como masa intraconal izquierda en contacto con el recto inferior con áreas hiperdensas que sugieren sangrado. Se decide cantotomía y cantolisis de urgencia y bolos de metilprednisolona intravenosa 3g en 3 días. Se solicita resonancia magnética (RM) que se informa como HC intraconal OI con signos de sangrado subagudo. 26 días después presenta una AVsc de 0.9 con restricción leve a la supraversion sin diplopia y marcada disminución de la lesión en la RM de control.

Conclusión: El tratamiento de HC al diagnóstico en la mayoría de casos es quirúrgico y consiste en la extirpación del mismo. En el caso de nuestra paciente dada la mejoría clínica y su agudeza visual se optó por tratamiento conservador. En los controles posteriores se verificó una reducción importante del tamaño de la lesión y la desaparición completa de la clínica de la paciente. Con la exposición de este caso queremos documentar la posibilidad de un manejo conservador en las hemorragias.



PCC60 FASCITIS NECROSANTE PALPEBRAL ESPONTÁNEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Francisco Javier VICENTE ANDREU, Claudia AZPITARTE SÁNCHEZ-MUROS, Ignacio TAPIAS ELÍAS

Introducción: La fascitis necrosante palpebral es una infección grave y rápidamente progresiva de partes blandas que afecta a los párpados y estructuras periorbitarias. Típicamente se presenta en adultos con comorbilidades en presencia de un antecedente traumático. Es potencialmente mortal y la pérdida de tejidos, así como la afectación visual, son frecuentes. El *Streptococcus Pyogenes* es principal agente causal. El desbridamiento precoz es la medida más eficaz para frenar su progresión.

Caso clínico: Mujer de 64 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por fiebre y dolor en región periorbitaria con edema facial progresivo de 24 horas de evolución. No hubo antecedente de trauma cutáneo previo. En la exploración física se evidenció edema bipalpebral y hemifacial izquierdos. La biomicroscopía, agudeza visual y presión intraocular fueron normales en ambos ojos. La paciente presentó un rápido deterioro del estado general que requirió ingreso en UCI. En las siguientes horas se observó la aparición de lesiones vesiculocostrosas y supuración seguidas de necrosis cutánea y crepitación. Se instauró tratamiento con antibioterapia intravenosa empírica y se realizó un desbridamiento inicial con toma de biopsia cutánea y muestras para cultivo microbiológico. En la biopsia se constató la necrosis cutánea y se identificó como patógeno un *Streptococcus Pyogenes*. Tras la intervención y el ajuste de antibioterapia la paciente presentó una evolución favorable. En un segundo tiempo se procedió a eliminar el tejido cicatricial residual y a cubrir los defectos con injertos cutáneos.

Conclusión: La fascitis necrosante palpebral suele estar precedida de un antecedente traumático, aunque en este caso se produjo de manera espontánea y en ausencia de factores de riesgo. Es fundamental el diagnóstico y desbridamiento precoces, así como el manejo multidisciplinar, tanto en el momento agudo, como en el tratamiento de las secuelas estéticas y funcionales.



PCC61 ENFERMEDAD DE ERDHEIM-CHESTER: A PROPÓSITO DE UN CASO

Liria YAMAMOTO RODRÍGUEZ, José GRAU VERGER, Maravillas ABIA SERRANO, Ferrán MASCARÓ ZAMORA

Introducción: Presentamos el caso de una mujer de 43 años, con antecedentes de hipotiroidismo y neumotórax, remitida a nuestro centro por un episodio diplopia binocular horizontal autolimitada, sin pérdida de agudeza visual.

Caso clínico: Presenta una agudeza visual de 1,5 en ambos ojos, pupilas isocóricas normoreactivas, sin defecto pupilar aferente reactivo y un test de Ishihara de 20/20 en ambos ojos. No presenta exoftalmos, pero sí una leve limitación a la abducción, supraabducción e infraabducción izquierda, con diplopia binocular horizontal en levoversión e infralevoversión izquierdas. La retropulsión es aumentada en ambos ojos y el campo visual no evidencia defectos o escotomas. La resonancia magnética nuclear (RMN) identifica lesiones nodulares entorno a ambas vainas de nervios ópticos en el segmento intraorbitario. Debido a la situación de pandemia, se visita un año más tarde, momento en el cual ha desarrollado exoftalmos bilateral, conservando su buena agudeza visual, pero con agravamiento de su diplopia. La tomografía computarizada muestra un marcado aumento de volumen de las lesiones intraorbitarias respecto a la RMN previa. Se realiza una biopsia orbitaria transconjuntival via cantotomía lateral y nos planteamos diagnósticos diferenciales de masas retroorbitarias bilaterales, incluyendo: linfoma, metástasis, granulomatosis de Wegener y pseudotumor inflamatorio. Finalmente, la anatomía patológica muestra una neoplasia de células histiocitarias con un estudio molecular compatible con histiocitosis tipo Erdheim-Chester. Es una enfermedad potencialmente letal, multisistémica, caracterizada por la proliferación de histiocitos que infiltran y se acumulan en tejidos y órganos.

Conclusión: Uno de cada cuatro pacientes desarrolla exoftalmos bilateral a consecuencia de la infiltración del tejido retroorbitario culminando en diplopia, disminución de agudeza visual y dolor ocular. El tratamiento se debe personalizar según el grado de extensión, los órganos afectados y el perfil molecular del paciente.



PCC62 CORYNEBACTERIUM MACGINLEYI COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA CONJUNTIVITIS FOLICULAR CRÓNICA

Nolvis ÁLVAREZ QUIROZ, María Ángeles LEAL GONZÁLEZ, Javier GUZMÁN BLÁZQUEZ

Introducción: La conjuntivitis folicular crónica es una entidad que cursa con inflamación de la conjuntiva con reacción folicular en fondos de saco conjuntivales, con una duración de más de 3 semanas. Se acompaña con frecuencia de ojo rojo, secreción acuosa o purulenta y sensación de cuerpo extraño. Las principales causas son infección por *Clamydia tracomatis*, *Mollusco contagiosum* y por exposición a tóxicos oculares.

Presentamos el caso de una mujer sana con conjuntivitis folicular crónica de evolución tórpida.

Caso clínico: Mujer de 19 años sin antecedentes médicos, derivada de atención primaria por cuadro de ojo rojo unilateral asociado a edema palpebral en ojo izquierdo de 4 semanas de evolución. Había consultado en múltiples ocasiones, recibiendo manejo inicial con tobramicina, y luego con ketotifeno por sospecha de conjuntivitis alérgica, sin resolución de los síntomas. Al examen físico se observaba edema palpebral blando leve, sin signos locales de infección, hiperemia mixta moderada y folículos en conjuntiva tarsal superior e inferior. Se tomó cultivo de exudado conjuntival y PCR para *Clamydia tracomatis*. Se indicó tratamiento empírico con pomada de eritromicina, con evidencia de mejoría clínica a los 10 días. Se recibieron resultados de cultivo con aislamiento de *Corynebacterium macginleyi*.

Conclusión: Las Corinebacterias son microorganismos que forman parte de la flora conjuntival considerados con un bajo potencial patogénico. *C. macginleyi* es la cepa predominante de este género en esta localización, y se ha identificado como causante de diversas infecciones oculares. Es importante que los oftalmólogos consideremos esta bacteria como posible agente etiológico cuando nos encontremos ante una conjuntivitis folicular crónica que no sugiera infección por *Clamydia*, en inmunodepresión o antecedente de enfermedad de la superficie ocular, o cuando no haya respuesta favorable a antibióticos usuales.



PCC63 PTOSIS SECUNDARIA A TOXINA BOTULÍNICA TIPO A: UNA ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LA QUERATOPATÍA NEUROTRÓFICA

Miriam BUENASMAÑANAS MAESO, Luna CHENOLL BARBERO, María Isabel GABARRÓN HERMOSILLA, Natalia MONJA ALARCÓN

Introducción: La queratopatía neurotrófica es una enfermedad degenerativa en la que la alteración de la inervación corneal dependiente de la rama oftálmica del nervio trigémino conlleva pérdida de la sensibilidad corneal, rotura espontánea del epitelio corneal y dificultad para el cierre de dicho defecto.

El manejo terapéutico depende de la severidad del cuadro y suele ser complejo y a menudo poco satisfactorio.

Caso clínico: Presentamos dos casos clínicos de pacientes con elevada comorbilidad y queratopatía neurotrófica refractaria a tratamiento conservador con lubricantes y factores de crecimiento nervioso (colirio de insulina) en los que la provocación de ptosis completa con toxina botulínica tipo A permite la resolución de la úlcera corneal evitando así la cirugía. El primero de ellos corresponde a un paciente con parálisis del nervio facial, trigémino y abducens secundaria a cirugía de neurinoma del acústico y el segundo a un paciente diabético en tratamiento con radioterapia periocular por micosis fungoide.

Conclusión: La toxina botulínica tipo A permite conseguir de forma rápida, segura y eficaz una ptosis completa temporal que protege la córnea del medio ambiente, del parpadeo y de la desecación, favoreciendo la reepitelización corneal y la resolución de la queratopatía neurotrófica. Además, es una buena opción en pacientes con elevada comorbilidad y riesgo quirúrgico y facilita la exploración de la superficie ocular en visitas posteriores y la instilación del tratamiento tópico por parte de los pacientes y/o sus cuidadores.



PCC64 LINFOMA FOLICULAR CONJUNTIVAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sofía CORTE ALONSO, Natalia LORENZANA BLANCO

Introducción: Los linfomas son los tumores malignos orbitarios más frecuentes en la edad adulta. Representan el 1-2% de todos los linfomas y el 5-15% de los linfomas extraganglionares. Pueden asentarse en órbita, párpados, glándulas lagrimales y conjuntiva. La mayoría son linfomas B no Hodgkin de bajo grado y el subtipo más frecuente es el linfoma de tejido linfoide asociado a mucosas (linfoma MALT; 80%), seguido por el linfoma folicular (8%).

Caso Clínico: Mujer de 60 años que acude al servicio de urgencias por sensación de cuerpo extraño de una semana de evolución y mancha en zona superior del ojo derecho. En el examen biomicroscópico se objetivó una masa asalmonada en conjuntiva bulbar superior del ojo derecho. Se realizó una tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (OCT-SA) donde se observó que la masa conjuntival era subepitelial. Ante la sospecha de masa conjuntival de origen linfoide se realizó una biopsia excisional. El diagnóstico anatomopatológico confirmó que se trataba de un linfoma folicular conjuntival de bajo grado, por lo que se derivó a la paciente al servicio de hematología donde se solicitaron estudios de extensión: ecografía de cuello y abdomino-pélvica, biopsia de médula ósea y tomografía por emisión de positrones/tomografía computada (PET-TC) con resultados normales.

Conclusión: Los linfomas conjuntivales se presentan clásicamente como una masa conjuntival subepitelial de color asalmonada. La mayoría surgen de novo o por extensión de un linfoma orbitario, aunque ocasionalmente se asocian a afectación sistémica por lo que es imprescindible realizar un estudio de extensión. En general presentan buen pronóstico, siendo el factor más importante el subtipo histológico. La OCT-SA juega un papel importante en el seguimiento ya que detecta recidivas locales antes de que sean visibles en el examen biomicroscópico. Es necesario un seguimiento a largo plazo debido a que el linfoma sistémico puede desarrollarse años después.



PCC65 ABSCESO CORNEAL POS CAPNOCYTOPHAGA SPUTIGENA EN PACIENTE CON DISTROFIA DE LA MEMBRANA BASAL

Marta DOMÍNGUEZ BERNAUS, Cristina PONT VIVES, Pau CID BARTOMEU

Introducción: Las distrofias queratoepiteliales que afectan el complejo de membrana basal-epitelio como es el caso de la distrofia de la membrana basal (DMBE) son las distrofias más frecuentes y suelen ser esporádicas. En la mayoría de los casos pasan desapercibidas siendo asintomáticas, pero en un 10% de los casos, los pacientes sufren erosiones corneales recurrentes que pueden complicarse causando abscesos corneales.

Caso clínico: Mujer de 87 años diagnosticada de DMBE hace 5 años, acude al servicio de urgencias por dolor ocular, hiperemia y pérdida de visión en ojo derecho, siendo de percepción de luz de una semana de evolución. Diagnosticada en otro centro de erosión corneal sin infiltrado en tratamiento con tobramicina. A la exploración presenta un absceso corneal extenso central y melting sin seidel. No se observa vitritis en la Ecografía ocular. Dado el cuadro clínico se decide tratamiento con colirios reforzados de ceftazidima y vancomicina alternos y doxiciclina vía oral.

Se realiza cultivo de absceso corneal donde se aísla *Capnocytophaga sputigena* sensible a tetraciclinas. Una semana después de iniciar el tratamiento se observa persistencia del defecto epitelial con descemetocele central por lo que se decide colocar lente de contacto terapéutica. Diez días después se ve absceso en fase de resolución con un defecto epitelial de 3x2mm observando una reepitelización completa a los 15 días con extensa vascularización limbar.

Conclusión: Cuando se observa una distrofia corneal que afecta el complejo membrana basal-epitelio es importante hacer un seguimiento evolutivo para poder detectar y tratar erosiones corneales antes de que se compliquen. En este caso además se ha podido ver un absceso por *Capnochytophaga sputigena*, un microorganismo que actúa causando infecciones oportunistas en inmunodeprimidos siendo infrecuente en inmunocompetentes como es el caso de nuestra paciente produciendo típicamente queratitis, endoftalmitis o úlceras corneales entre otros.



PCC66 CASO CLÍNICO DE PUK BILATERAL

Eva FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ, Ana BOTO DE LOS BUEIS, Bárbara GONZÁLEZ FERRER, María LARRAÑAGA CORES, Claudia KLEIN BURGOS

Introducción: La PUK (queratitis ulcerativa periférica) engloba a un grupo de enfermedades raras inflamatorias cuya característica en común es un adelgazamiento corneal periférico. Se asocia generalmente con enfermedades autoinmunes, siendo la más frecuente la artritis reumatoide (AR). Sin tratamiento, la PUK puede ocasionar una queratolisis dando lugar a una perforación del globo ocular, por ello resulta fundamental el inicio de un tratamiento corticoideo o inmunosupresor intensivo.

Caso clínico: Mujer de 57 años, con antecedentes de AR en tratamiento con metotrexate, prednisona y sarilumab, que acude a urgencias por dolor, enrojecimiento y sensación de cuerpo extraño en OI con disminución de AV (AVsc: 2/3 e° 1 AO). A la exploración presentaba hiperemia conjuntival ciliar moderada, una úlcera corneal marginal perilímbica nasal en ambos ojos con adelgazamiento del 20% OD y 40% en OI. Asociaba infiltrados perilímbicos inferiores de aspecto estéril en AO. Se realizaron raspados corneales para cultivo de bacterias, hongos, virus y parásitos AO, una analítica con serología de Sífilis, VHB, VHC y VIH, una radiografía de tórax y una prueba de Mantoux. Tras ello se pautó tratamiento corticoideo intravenoso diario, colirio de prednisona, colirio vigamox y colirio ciclopléjico. Tras el primer bolo de corticoides intravenososo ya se objetivó una mejoría respecto a exploraciones previas. Tras una semana el adelgazamiento corneal era del 10% en ambos ojos y solo el OI presentaba una fina línea de defecto epitelial. Los resultados para la serología, el raspado corneal y el Mantoux salieron negativos y en la radiografía de tórax no se objetivaron hallazgos significativos.

Conclusión: La PUK es una complicación grave de la AR. Ante cualquier adelgazamiento periférico debemos hacer una exploración exhaustiva para hacer un diagnóstico diferencial de sus posibles causas. Es de gran importancia un seguimiento estrecho debido al elevado riesgo de perforación ocular.



PCC67 USO DE COLIRIO DE INSULINA EN ÚLCERA NEUROTRÓFICA

Sonia FERRER GUILLÉN, Silvia GARCÍA FAU, Dana SWEIS DAHLEH

Introducción: La queratopatía neurotrófica es un defecto en el epitelio corneal persistente o recurrente secundario a una pérdida de la inervación por el nervio trigémino. Una de las principales causas es la queratitis herpética. El tratamiento habitual va desde tratamientos más conservadores como una lubricación intensiva y lentes de contacto terapéuticas hasta más agresivos como el recubrimiento con membrana amniótica, la ptosis inducida por toxina botulínica y la tarsorrafia.

Caso clínico: Varón de 71 años que acude por visión de una cortina blanca y ojo rojo, sin asociar dolor ni molestias. Había estado en tratamiento con Tobradex durante 15 días. El único antecedente de interés es una queratitis herpética. En la exploración se objetiva un defecto epitelial central de 5.5x6mm y un infiltrado perilesional. No presenta hipopion ni inflamación de cámara anterior. Ante la sospecha de queratitis infecciosa, se envía muestra para cultivo de bacterias y PCR de herpes, y se comienza tratamiento con ceftazidima y tobramicina reforzados horarios. Los resultados son positivos para herpes simple y *Staphylococcus haemolyticus*, por lo que se añade Valaciclovir 1g cada 8 horas. En el seguimiento, presenta una queratitis estromal necrotizante, precisando dexametasona tópica cada 6 horas. Tras 30 días de seguimiento, el infiltrado se ha resuelto pero persiste la úlcera corneal del mismo tamaño. Se instaura colirio de insulina 1 gota cada 8 horas a una concentración de 1 UI/ml. Tras 40 días se objetiva el cierre progresivo del defecto epitelial.

Conclusión: El colirio de insulina es un tratamiento poco agresivo y muy eficaz para úlceras neurotróficas, y sería recomendable no retrasar su uso en casos en los que se prevé una evolución lenta o asocie factores que dificulten el cierre epitelial. Es necesaria la realización de más estudios para determinar la eficacia y los posibles efectos secundarios de la insulina tópica.



PCC68 LIMBITIS SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON DIPILUMAB: A PROPÓSITO DE UN CASO

Rafael FISCHER FERNÁNDEZ, Sara MARTÍN NALDA, Marta GARRIDO MARÍN, Laura SÁNCHEZ VELA

Introducción: El aumento del uso de terapia biológica ha implicado la aparición de efectos adversos oculares. Dipilumab es un anticuerpo monoclonal que bloquea la señalización de la IL4 e IL13 y es utilizado en dermatitis atópica severa.

Caso clínico: Mujer de 20 años con antecedentes de rinoconjuntivitis, asma bronquial persistente moderado y dermatitis atópica severa fue referida para valoración oftalmológica previo inicio de dipilumab debido a una mala respuesta clínica a terapia con ciclosporina y metotrexato. La agudeza visual fue de 0,9 en ambos ojos y en la exploración física presentó eccema palpebral. En la biomicroscopia destacaba blefaritis anterior intensa, conjuntiva normocoloreada, córnea trasparente sin lesiones positivas en test de fluoresceína y presión intraocular de 16mmHg en ambos ojos. El fondo de ojo era normal. En la topografía corneal se evidenció la presencia de astigmatismo irregular leve en ambos ojos y paquimetría normal.

Al tercer mes del inicio de dipilumab presentó una queratitis limbar superior con nódulos de aspecto inflamatorio de 9 a 3 horas bilateral, de predominio izquierdo. Se realizó tratamiento con colirio de ciclosporina al 0,05% dos veces al día asociado a dexametasona cada 4 horas y lágrimas artificiales. Se reemplazó ciclosporina por tacrolimus al cabo de dos semanas por falta de respuesta a tratamiento.

Luego de 6 meses de seguimiento la paciente persistía con limbitis que había empeorado afectando los 360° en ambos ojos a pesar de tratamiento corticoideo, antihistamínico e inmunomodulador tópicos. Luego de disminución de frecuencia de administración de dipilumab se produjo una reducción de la inflamación de la superficie ocular.

Conclusión: El tratamiento con dipilumab en casos de dermatitis atópica grave puede condicionar efectos adversos oculares en forma de limbitis con grados variables de respuesta a tratamientos convencionales e incluso requerir su suspensión.



PCC69 ENFERMEDAD CORNEAL MICROQUÍSTICA EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE TRATADOS CON BLENREP

Carmen GÓMEZ HUERTAS, María Esther CLAVERO SÁNCHEZ

Introducción: El Blenrep es el fármaco belantamab mafodotina (BLMF), eficaz en el tratamiento del mieloma múltiple en pacientes penta-refractarios. El BLMF es un anticuerpo monoclonal conjugado cuyo principal efecto adverso es la generación de microquistes epiteliales corneales (MEC) que disminuyen la agudeza visual y provocan molestias deteriorando la calidad de vida.

Caso clínico: Paciente de 58 años derivado desde Hematología para una primera exploración previa a iniciar tratamiento con BLMF. La agudeza visual (AV) era de la unidad en ambos ojos (AO), el polo anterior, la tensión ocular y el fondo de ojo eran normales.

A las dos semanas de la primera dosis del BLMF el paciente refería sensación de cuerpo extraño y la AV había disminuido siendo de 0.7 en ojo derecho (OD) y de 0.8 en ojo izquierdo (OI). En la biomicroscopía se observaban MEC en la zona periférica y paracentral corneal. Se inició tratamiento con lágrimas artificiales y se le comunicó a Hematología la aparición de los MEC los cuales decidieron retrasar la segunda dosis. Al mes de la primera dosis se encontraba mejor de las molestias y la agudeza visual era de 0.9 en ambos ojos. Desde Hematología decidieron administrar la segunda dosis pero reduciéndola a la mitad. A las dos semanas el paciente volvió a presentar molestias oculares, la AV había disminuido a 0.1 en OD y 0.2 en OI y los MEC afectaban a toda la córnea. Se mantuvo el tratamiento con lágrimas artificiales y se añadió dexametasona tópica en pauta descendente. Hematología no administró la tercera dosis y a las 3 semanas el paciente se encontraba con leves molestias y presentaba una agudeza visual de 0.5. A las 5 semanas el paciente estaba asintomático, la AV era de la unidad en AO y los MEC habían desaparecido.

Conclusión: Los MEC son el principal efecto adverso del BLMF y son reversibles. El tratamiento consiste en reducir, retrasar o suspender el BLMF y es muy importante la actuación conjunta entre hematólogos y oftalmólogos.



PCC70 INFILTRADOS CORNEALES EN UN PACIENTE CON COVID-19 PERSISTENTE

Álvaro MATA MADRID, Nerea SÁENZ MADRAZO, Azucena BAEZA AUTILLO, Alejandro RUIZ-VELASCO SANTACRUZ

Introducción: Describir hallazgos y manejo terapéutico de un paciente que en seguimiento en consulta de COVID-19 persistente se presenta en urgencias de nuestro hospital con infiltrados periféricos de aspecto estrellado.

Caso Clínico: Varón de 39 años que ingresa por cuadro de astenia, mialgia, fiebre de 37,6°C, anosmia, ageusia y dolor torácico en hemitórax derecho, presentando neumonía basal derecha. En seguimiento posterior en consulta de Covid por disnea de moderados esfuerzos, Sat O₂ baja, picos febriles recurrentes, leucocitosis y atelectasias laminares pulmonares.

Acude a urgencias de nuestro hospital refiriendo dolor, enrojecimiento ocular y fotofobia de 3 días de evolución. En lámpara de hendidura: Inyección ciliar, queratitis con infiltrados subepiteliales de aspecto estrellado periféricos principalmente superiores, a la 1h de 2x1mm, con infiltrados satelites, dos de 1x1mm a las 12h y a las 5h, edema estromal y pliegues endoteliales en cornea central. No PK's, no inflamación en cámara anterior, no hipopion.

Se trató inicialmente con colirios de tobramicina 1/2h, ciprofloxacino 1/2h, y ciclopléjico 1/8h sin mejoría a los 2 días. En consulta de cornea se añade pomada de ganciclovir 5/día 7 días y 3/día 7 días, valaciclovir 500mg 1/12h y colirio de dexametasona 5/día con remisión casi completa a los dos días de iniciarlo, quedando algunos infiltrados subepiteliales fluoresceína negativos y consiguiéndose mejoría de la visión, desaparición de la sintomatología y retroceso de las lesiones corneales.

Conclusión: En el contexto de pandemia por la COVID-19 debemos plantearnos que pueden surgir nuevos cuadros clínicos desconocidos a tener en cuenta para planear el manejo de los pacientes.

Se han descrito lesiones corneales en la enfermedad por coronavirus, y dada la buena respuesta a corticoides, podríamos pensar que entraran en juego reacciones de tipo autoinmune relacionadas con el virus, tal y como se han descrito hasta ahora en otras partes del cuerpo.



PCC71 MANEJO DE QUERATOPATÍA NEUOTRÓFICA BILATERAL EN NIÑO CON SÍNDROME DE SOBRECRECIMIENTO PROS

María Belén MORCILLO LOZANO, María Ángeles LEAL GONZÁLEZ, Laura ALONSO MARTÍN, María Mercedes CABEZAS LEÓN, María Luisa PÉREZ GANCEDO, María PLATERO VÁZQUEZ

Introducción: El síndrome de sobrecrecimiento relacionado con PI3K (PROS) es un grupo de enfermedades raras congénitas que comparten un crecimiento excesivo de diversos tejidos corporales (piel, sistema vascular, cerebro y las extremidades) que en última instancia causan tumores. Todas ellas comparten la mutación característica en PI3K (gen que regula el crecimiento celular). Los más representativos son los síndromes de Macrocefalia-Malformación Capilar (M-CM) y CLOVES. En el caso clínico presentado describimos la aparición de queratopatías neurotróficas (NK) asociadas al síndrome M-CM y el manejo de las mismas.

Caso clínico: Varón de 4 años de edad diagnosticado de síndrome de M-CM con agenesia del cuerpo calloso, con antecedentes de estrabismo convergente y ambliopía, presenta defecto epitelial corneal persistente en ambos ojos, a pesar del tratamiento con lubricantes sin conservantes, antibiótico tópico, suero heterólogo y tratamiento anticolagenolítico tópico y sistémico. Finalmente en el caso del defecto epitelial del ojo derecho se realizó trasplante de membrana amniótica multicapa con evolución favorable. En el ojo izquierdo se instauró colirio de insulina 1UI/ml con buena respuesta.

Conclusión: El diagnóstico precoz de las NK es primordial para instaurar un tratamiento rápido y escalonado, evitando así complicaciones mayores. En nuestro caso, a pesar de la rara asociación entre síndrome M-CM y NK, el diagnóstico fue precoz y la respuesta al tratamiento con trasplante de membrana amniótica un éxito. La insulina tópica puede ser un tratamiento sencillo y eficaz en las NK, a tener en cuenta en niños, evitando así los inconvenientes de otro tipo de tratamientos clásicamente usados en las NK.



PCC72 BIOPSIA ÓPTICA PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y MANEJO DE LESIONES DE SEGMENTO ANTERIOR POR IMAGEN DE TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA (OCT)

Cristina RODRÍGUEZ VIDAL, Lucía GALLETERO PANDELO, Paula DURÁ GÓMEZ, Raquel FEIJÓO LERA

Introducción: La utilización de Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) para la obtención de imágenes de segmento anterior ha permitido el diagnóstico oftalmológico in vivo a pesar de que la técnica gold standard continúe siendo la biopsia por escisión de tejido.

Casos clínicos: Caso 1: Varón de 51 años con molestias inespecíficas presenta una lesión papilomatosa conjuntival de 5.5 x 6.5mm con queratinización asociada. Las imágenes por OCT demostraron un epitelio hiperreflectivo engrosado con una transición abrupta entre el epitelio normal y el afectado, propio de las neoplasias escamosas de superficie, que condicionó la rápida escisión-biopsia de la lesión con márgenes de seguridad y tratamiento con interferón alfa-2b. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de neoplasia de alto grado, con inmunohistoquímica positiva para virus de papiloma humano p16. Caso 2: Varón de 43 años seguido por un síndrome de Laurence-Moon-Biedl, en el que se detecta una lesión iridiana pigmentada en el reborde pupilar. La imagen de OCT de un epitelio de espesor normal hiperreflectivo recubriendo una lesión subepitelial con una sombra posterior, supusieron la biopsia in vivo de nevus iridiano en base a la que se hicieron el diagnóstico y seguimiento. Casos 3, 4 y 5: Un varón y dos mujeres de entre 40 y 77 años de edad presentaban lesiones de superficie con diagnóstico de presunción de pterigion. Las biopsias por OCT resultaron compatibles con las descritas en la literatura y los datos de anatomía patológica volvieron a confirmar el diagnóstico por imagen.

Conclusión: La OCT tiene el potencial de proporcionar una biopsia óptica de tejido no invasiva. Los casos presentados avalan la existencia de una correlación entre el diagnóstico óptico e histológico de las lesiones, que permite orientar hacia la indicación de la técnica quirúrgica y su urgencia en el tiempo. En un futuro próximo, las OCT de alta resolución permitirán discriminar con alta precisión entre las diferentes lesiones.



PCC73 EPIESCLERITIS POR VACUNA FRENTE AL SÍNDROME AGUDO RESPIRATORIO SINCITAL POR CORONAVIRUS 2019

Alfonso RUBIO REINA, Nuria CUENCA CARDEÑOSA, Javier GUZMÁN BLÁZQUEZ, Laura ALONSO MARTÍN, María de los Ángeles LEAL GONZÁLEZ, Beatriz GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

Introducción: La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) es un problema de salud pública mundial en curso, y la mayoría de las investigaciones sobre COVID-19 se centran principalmente en el sistema respiratorio y circulatorio. Sin embargo, las manifestaciones en otros órganos no deben ser ignoradas. Se busca describir una de las manifestaciones oculares tras la vacunación de COVID19.

Caso clínico: Mujer de 57 años, sin antecedentes personales de interés, que 15 días después de recibir la primera dosis de la vacuna de Vaxzevria® (Astra Zeneca) , comienza con un síndrome gripal junto con molestias en el ojo derecho, sensación de cuerpo extraño y cefalea hemicraneal ipsilateral sin deterioro de la agudeza visual. La paciente presentaba hiperemia conjuntival en el sector inferotemporal sin defecto de fluoresceína, que blanqueó parcialmente con fenilefrina tópica. Se diagnóstico de epiescleritis sectorial y se trató con lágrimas artificiales a demanda y diclofenaco tópico tres veces al día durante 7 días. Los signos y síntomas se resolvieron en el sexto día después de la aparición de la epiescleritis.

Conclusión: Hasta el momento el número de efectos secundarios a nivel ocular con Vaxzevria® (Astra Zeneca) registrados en el Reino Unido, es de 10.538 casos, describiéndose la aparición de epiescleritis en 12 casos si bien 2861 pacientes describieron dolor ocular. El registro de los efectos secundarios no es siempre objetivado por un oftalmólogo y ello puede resultar en una baja incidencia de efectos secundarios tales como la epiescleritis. Con los datos recogidos en el Reino Unido y habiendo descartado otras etiologías, así como por la aparición de cuadros de epiescleritis en el contexto de una infección por COVID-19 , planteamos la relación en este caso entre la vacunación con Vaxzevria® y la aparición de una epiescleritis de curso leve.



PCC74 PERFORACIÓN CORNEAL NO TRAUMÁTICA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED

Miriam Montserrat SANCHO ROMERO, Anna SERRET CAMPS, Valentín HUERVA ESCANILLA

Introducción: La enfermedad injerto contra huésped (EICH) es una complicación común tras un trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH), en la que se producen manifestaciones sistémicas y oculares. En la EICH crónica, las alteraciones sobre la superficie ocular pueden ir desde síndrome de ojo seco a úlcera corneal neurotrófica e incluso perforación corneal.

Caso clínico: Hombre de 44 años con antecedente de linfoma no Hodgkin que precisó de TPH y desarrolló EICH. Como antecedente oftalmológico fue intervenido de desprendimiento de retina en su ojo izquierdo (OI). Consecuentemente a la EICH sufrió, en su OI, una perforación corneal no traumática con incarceration de iris que fue reparada con queratoplastia tectónica. A los cuatro meses de esta intervención, en contexto de reagudización de la EICH, se observa en el injerto corneal edema estromal con defecto epitelial extenso. Ante la sospecha de un posible rechazo se intensifica el tratamiento con cloranfenicol y dexametasona tópicos, así como corticoides sistémicos. A la semana, coincidiendo con una mejoría del estado general del paciente, se objetiva menor edema estromal pero prueba de Seidel positiva. Se interviene quirúrgicamente para suturar de nuevo el injerto y se asocia recubrimiento con membrana amniótica. Tras la reabsorción de la membrana amniótica, presenta nuevamente Seidel positivo por lo que se decide realizar recubrimiento con conjuntiva del ojo contralateral. Posteriormente, el paciente evoluciona de forma adecuada, con sellado completo de la zona de la perforación y sin signos de infección.

Conclusión: En la EICH con manifestaciones oftalmológicas suele ser necesario tanto tratamiento tópico como sistémico. En estos pacientes, la perforación corneal no traumática puede tener una evolución desfavorable requiriendo varias intervenciones para su correcto manejo terapéutico.



PCC75 QUERATITIS HERPÉTICA DESARROLLADA TRAS VACUNACIÓN FRENTE A COVID-19. REPORTE DE UN CASO

Edith Angélica Beatriz SON CAMEY, Germán ALLENDES URQUIZA, Gabriel LIAÑO SANZ DÍEZ DE ULZURRÚN, Fernando de ARAGÓN GÓMEZ, Carlos VERA LARA, María Ángeles MONTES MOLLÓN

Introducción: En pacientes diagnosticados de COVID-19 se han descrito casos de queratitis puntiformes superficiales, queratoconjuntivitis y epiescleritis, además, diversos factores, como la fiebre (síntoma frecuente de COVID-19 y efecto adverso frecuente de la vacunación) pueden provocar reactivación clínica de infecciones oculares por VHS.

Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico de queratitis herpética, desarrollada 4 días después de la administración de la segunda dosis de la vacuna frente a COVID-19.

Caso Clínico: Paciente varón de 45 años, sin antecedentes patológicos, con administración de segunda dosis de vacuna frente a COVID-19 una semana previa a la evaluación. Consulta por dolor en ojo derecho de 3 días de evolución. A la exploración presenta: AVsc: 0.8/1, BMC del OD con úlcera de aspecto dendrítico, paracentral, inferonasal, con hiperemia bulbar. Se inició tratamiento con Ganciclovir tópico, con desarrollo posterior de leucomas en periferia de la lesión, por lo que se pautó Valaciclovir por vía oral. Al mes de la evaluación inicial presentó úlcera neurotrófica, de aspecto infiltrado y desarrollo de pannus perilesional, por lo que se inició la administración de Moxifloxacino y Suero Autólogo. Debido al desarrollo de Inflamación en cámara anterior se pautó Prednisona por vía oral. A los dos meses de evolución ha desarrollado escleritis por lo que inició terapia inmunosupresora con Tacrolimus al 0.02% dos veces al día.

Conclusión: Si bien aún se carece de evidencia a largo plazo de ensayos clínicos, existe el riesgo potencial de reacciones adversas oftálmicas inducidas por la vacuna frente a COVID-19. Aunque no se puede asegurar la vacuna como agente causal de la queratitis herpética desarrollada por nuestro paciente, consideramos conveniente reportar este caso, debido a la relación temporal entre la administración de la vacuna y el desarrollo de la patología y la importancia del sistema inmune en la patogenia de la enfermedad herpética.



PCC76 CUANDO NADA ES LO QUE PARECE

María BONILLA POZO, Alejandro MORATO GUTIÉRREZ, María JEREZ FIDALGO

Introducción: La necrosis retiniana aguda (NRA) es una entidad que puede ser fulminante sin tratamiento adecuado de forma rápida. Es necesario el manejo del paciente y reconocer la posible causa ante un cuadro similar.

Caso clínico: Varón de 61 años que desarrolla en OD una panuveitis granulomatosa asociada a quantiferón positivo y tratada con fármacos antituberculostáticos y VPP diagnóstico-terapéutica por persistencia de vitritis. Se consigue resolución del episodio con AVL de 0.5 quedando como secuela cicatrices coroidoretinianas y precipitados retrocorneales pigmentados.

Tras un año de estabilidad, se detecta en consulta un EMQ en OD sin otros signos de actividad inflamatoria, que fue tratado con implante intravítreo de dexametasona. Tras comprobarse una mejoría inicial, dos semanas después del implante el paciente desarrolla en ese mismo ojo una panuveitis granulomatosa asociada en este caso a papilitis intensa, hemorragias intrarretinianas en torno a arcada superior y focos extensos de retinitis y arteritis. Se cataloga como NRA y es tratada con Aciclovir intravenoso y Ganciclovir intravítreo. A pesar del tratamiento el cuadro progresa de manera fulminante. Se decide VPP para toma de muestras de humor vítreo y humor acuoso, estudio microbiológico e inmunológico, así como toma de biopsia retinocoridea, debido al antecedente de Linfoma No Hodking tratado con quimioterapia hace 14 años.

Los resultados fueron negativos. En controles se objetiva hialinización de vasos, desarrollo de fibrosis subretiniana y persistencia de fluido subretiniano. Continúa en tratamiento con Valaciclovir preventivo, la agudeza visual es de PL, y no presenta inflamación.

Conclusión: Hemos visto como el paciente desarrolla un cuadro de retinitis fulminante tras el uso de implante de dexametasona por edema macular. Es posible que el antecedente de panuveitis infecciosa, a pesar de haber sido tratada y sin actividad, lo haya favorecido tras el corticoide.



PCC77 NEUROPATÍA ÓPTICA ISQUEMIA NO ARTERÍTICA: MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE LA ENFERMEDAD DE BEHÇET

Ángela de la FUENTE CAMPOS, Irene TEMBLADOR BARBA, Alejo Honesto RODRÍGUEZ SUÁREZ

Introducción: La enfermedad de Behçet (EB) es un trastorno inflamatorio multisistémico de etiología desconocida, cuyo mecanismo patogénico es la vasculitis de vasos de cualquier calibre.

Sus manifestaciones características son las aftas orales y genitales de repetición y uveítis. A pesar de ello, pueden aparecer otras complicaciones menos frecuentes, como la Neuritis óptica isquémica no arterítica asociada a complicaciones neurológicas, que junto a las complicaciones cardiovasculares, son la principal causa de mortalidad.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 28 años con pérdida de visión indolora en ojo izquierdo (OI) de meses de evolución diagnosticada de panuveítis en OI. Fue tratada con Corticoides tópicos y sistémicos, mejorando clínicamente.

En la anamnesis, destacó que la paciente refería aftas orales de repetición, así como lesiones cutáneas compatibles con eritema nodoso. Tras solicitar pruebas complementarias, se detectó HLA-B51 positivo. Con todos estos hallazgos, se obtuvo el diagnóstico de EB. Se consultó el caso con Reumatología, pautándose Azatioprina. Semanas más tarde, la paciente acude refiriendo menor agudeza visual (AV). Se observó empeoramiento de la panuveítis, por lo que se trató de nuevo con Corticoides. A pesar de que a la exploración la panuveítis nuevamente había mejorado, la paciente no presentaba mejor AV por lo que se decidió solicitar unos potenciales evocados, evidenciándose la presencia de Neuritis óptica isquémica no arterítica en OI. Se realizó un estudio más exhaustivo, descartando la posibilidad de Neurobehçet. Finalmente, al tratamiento anterior, se decidió añadir Adalimumab.

Conclusión: El uso combinado de Corticoides sistémicos y Azatioprina se recomienda como tratamiento inicial de la afectación ocular en todo paciente con EB. En aquellos casos en los que sea insuficiente y la afectación ocular sea grave, hay plantear precozmente el uso de Adalimumab, como fue el caso de nuestra paciente.



PCC78 IMAGEN MULTIMODAL EN NEURORRETINITIS DIFUSA UNILATERAL SUBAGUDA (DUSN)

Karina FERNÁNDEZ BERDASCO, José Manuel RUIZ LLAMES, Ana María GARCÍA ALONSO, Marta FONOLLÁ

Introducción. La neuroretinitis difusa unilateral subaguda (DUSN) es una uveítis infecciosa ocasionada por nemátodos que presenta una coriorretinitis progresiva en las capas externas de la retina con afectación posterior del nervio óptico. En hasta el 40% de los casos, el nematodo no es visible en el fondo de ojo (FO).

Caso clínico. Paciente de 47 años natural de Paraguay que acude por disminución de la agudeza visual (AV). En el FO se ve un desprendimiento de retina exudativo temporal con dos lesiones subretinianas nodulares blanquecinas. La angiografía con fluoresceína muestra hiperfluorescencia punteada dispersa temporalmente y unos nódulos subretinianos con fluorescencia tardía en la angiografía con verde de indocianina. La paciente es ingresada bajo sospecha de metástasis coroidea para realizar diferentes pruebas de imagen, en las que no se identifica ningún tumor primario. En la siguiente revisión, se observa una migración de las lesiones subretinianas. En el hemograma se detectó eosinofilia. Se propuso el diagnóstico de DUSN y se realizaron pruebas de parasitología y serología en los que se hallaron títulos de IgG positivos para *Toxocara canis*, *Strongyloides stercoralis*, *Onchocerca volvulus* y *Taenia soleum*. Se comenzó tratamiento con albendazol y corticosteroides y, tan sólo 48 horas después, se observa una evidente disminución en el líquido subretiniano, con una reabsorción completa del desprendimiento de retina dos semanas después del tratamiento. Actualmente la paciente mantiene su AV y permanece sin síntomas.

Conclusión. El desprendimiento de retina exudativo, aunque infrecuente, puede ser la primera manifestación de una DUSN. Descartadas las causas más probables, una atención especial a las características epidemiológicas del paciente puede orientar el diagnóstico. En los casos en los que el nemátodo no se pueda extirpar quirúrgicamente o tratar con láser argón, el tratamiento con albendazol y corticosteroides puede ser efectivo.



PCC79 ABSCESO ENDOTELIAL FÚNGICO SIN ANTECEDENTE TRAUMÁTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Marta GARRIDO MARÍN, Eric KIRKEGAARD BIOSCA, Rafael FISCHER FERNÁNDEZ, Alejandro PARDO ARANDA, Laura SÁNCHEZ VELA, Laia BISBE LÓPEZ

Introducción: La infección ocular por hongos es poco frecuente pero potencialmente grave para el pronóstico visual, y sigue siendo un desafío tanto diagnóstico como terapéutico para el oftalmólogo. La queratitis fúngica es la forma de presentación más frecuente, tanto por hongos filamentosos como por levaduras y, habitualmente, se inicia al romperse la integridad epitelial. El factor de riesgo principal para la queratitis fúngica filamentosa es, en concreto, el traumatismo, típicamente con material orgánico de origen vegetal.

Caso clínico: Se presenta un caso de un varón jardinero de 33 años sin antecedentes personales de interés que acude a urgencias con clínica y signos de uveítis anterior aguda en el ojo izquierdo sin antecedente traumático previo, junto con un mínimo hipopion inferior y una pequeña región superotemporal de aparente «resto» de hipopion adherido al endotelio. Ante la no resolución de este último con tratamiento corticoideo tópico prolongado, se realiza un OCT de segmento anterior que traduce el «resto» como una lesión filamentososa. Se decide cirugía para extracción de muestra para cultivos y PCR panfúngica, junto con inyección intracamerular de antifúngicos, siendo los resultados positivos para hongo filamentososo vegetal (*Verticillium Epiphytum*) sensible a Voriconazol, por lo que se inicia tratamiento adecuado. El cuadro es orientado como una queratitis interna versus pseudoendofthalmitis por hongo vegetal (el paciente finalmente explicó un cuadro febril sin foco claro de 5 días relacionado con la uveítis).

Conclusión: Se presentan imágenes tanto microbiológicas como de segmento anterior de un excepcional caso de micosis ocular causada por un hongo filamentososo vegetal muy poco habitual, que ha supuesto un reto diagnóstico inicial. De hecho, a día de hoy solamente se ha reportado un caso de queratitis fúngica y un caso de endofthalmitis por *Verticillium Epiphytum*.



PCC80 PERFORACIÓN OCULAR POSTERIOR POR ENDOFTALMITIS ENDOGENA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE IGA

Marina GONZÁLEZ, Emma MARÍN PAYÁ, Enrique ESPAÑA GREGORI, Marta PÉREZ LÓPEZ, María Ángeles BORT MARTÍ, Sara FATHI

Introducción: «Endoftalmitis» engloba cualquier inflamación dentro del ojo, aunque suele referirse a infección intraocular bacteriana o fúngica. Éstas pueden ser exógenas o endógenas (2-8%). En el 60% de las segundas hay condiciones predisponentes, siendo las más frecuentes diabetes mellitus, consumo de drogas y malignidad.

Caso clínico: Mujer de 35 años, embarazada de tercer trimestre, con bronquiectasias por síndrome de déficit de IgA, que consulta por enrojecimiento y dolor ocular de evolución tórpida. Al examen presentaba una colección purulenta subconjuntival, inyección ciliar, Tyndall+++ y opacidad de cristalino que impedía ver polo posterior. Las pruebas de imagen mostraron desestructuración intraocular y escleral con perforación posterior. Las analíticas mostraron niveles de IgA casi indetectables. Se diagnosticó de endoftalmitis endógena a raíz de bacteriemia transitoria en contexto de síndrome de déficit de IgA y se trató con drenaje de la colección, colirios reforzados de ceftazidima y tobramicina y antibioterapia intravenosa dirigida a pseudomona y enterococo, positivos en el cultivo. La inyección intravítrea de antibióticos se descartó por la perforación ocular. Hacía un mes, la paciente había sido diagnosticada en otro centro de uveítis anterior y tratada con corticoides tópicos sin mejoría, con lo que se diagnosticó de enfermedad orbitaria idiopática y se trató con corticoides intravenosos, con aparición de la colección purulenta.

Conclusión: En el 25% de los casos de endoftalmitis endógenas son inicialmente mal diagnosticadas. El oftalmólogo debe conocer bien sus signos y síntomas, pues cuando no existe vía de entrada evidente, se requiere un alto índice de sospecha de endoftalmitis endógena para su diagnóstico y tratamiento temprano, lo cual condicionará el pronóstico. Se debería sospechar endoftalmitis endógena ante cualquier caso de inflamación ocular no filiada que no responde favorablemente a los tratamientos habituales, especialmente en pacientes con condiciones predisponentes.



PCC81 QUISTE IRIDIANO MICÓTICO TRAS INYECCIÓN DE TRIAMCINOLONA SUBTENONIANA

Pablo GONZÁLEZ DE LOS MÁRTIRES, Gonzalo GUERRERO PÉREZ, Nerea GANGOITIA GORROTXATEGI, Íñigo SALMERÓN GARMENDÍA, Henar HERAS MULERO, Alejandro DÁVILA FLORES

Introducción: Quiste iridiano asociado a absceso subconjuntival de etiología micótica tras inyección subtenoniana de triamcinolona (Trigon Depot) en paciente con escleritis nodular refractaria a tratamiento médico de primera línea.

Caso clínico: Paciente de 69 años que tras primer episodio de escleritis nodular en ojo izquierdo y mal control evolutivo con tratamiento tópico, se decide inyección de Trigon Depot subtenon, objetivándose a las tres semanas un absceso subconjuntival con restos de triamcinolona encapsulada en la zona de infiltración. Tras desbridación quirúrgica y biopsia, se reporta escleromalacia asociada a elementos micóticos de porte candidiásico/actinomicetal, que mejora con antifúngicos tópicos y sistémicos. A los dos meses, comienza de nuevo con brote de ojo rojo izquierdo doloroso, incluyendo en esta ocasión disminución de visión y reacción de cámara anterior, así como la presencia de un quiste en ángulo iridocorneal de 2,5x2x1 mm de tamaño. En esta situación, ante la refractariedad de la escleritis a la primera línea de tratamiento y la presencia de un quiste de probable etiología inflamatoria asociada a la uveítis anterior, se decide comenzar tratamiento con Imurel 50 mg. No obstante, el cuadro sigue empeorando y se acomete una biopsia excisional del quiste, demostrando la presencia de material fúngico. Debido al hallazgo microbiológico, se retira la Azatioprina y se comienza de nuevo con antifúngicos tópicos y sistémicos asociados a Doxiciclina empírica. Enmascarado por el episodio infeccioso, aún queda por determinar el origen de la escleritis, ahora difusa, que en estos momentos está categorizada como idiopática al no hallar alteraciones significativas en despistaje sistémico.

Conclusión: Quiste iridiano secundario a Trigon Depot subtenoniano que ocasiona un solapamiento de los síntomas inflamatorios de la escleritis y dificulta tanto el manejo diagnóstico-terapéutico como el pronóstico visual a largo plazo.



PCC82 DIAGNÓSTICO DEL OSTEOMA COROIDEO MEDIANTE IMAGEN MULTIMODAL

Bosco GONZÁLEZ-JÁUREGUI LÓPEZ, José Luis SÁNCHEZ VICENTE, Carla RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, Juan de las MORENAS IGLESIAS, Cristina VITAL BERRAL

Introducción: El osteoma coroideo es un tumor benigno poco frecuente de la coroides que destaca por su carácter osificante. Unilateral en un 80% de los casos, afecta principalmente a mujeres, siendo diagnosticado en la infancia tardía o en jóvenes adultos. Se presenta como una lesión bien delimitada con un color variable según el grado de osificación, que oscila entre el blanco-cremoso al rojo-anaranjado. El color anaranjado se corresponde con un mayor grado de osificación.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 74 años derivada desde la consulta pre quirúrgica de catarata por presentar una lesión anaranjada situada entre el disco óptico y la fóvea. La enferma fue estudiada mediante fotografías del fondo, autofluorescencia de fondo (FAF), angiografía fluoresceínica (AGF), tomografía de coherencia óptica (OCT), OCT-angiografía y ecografía ocular. En la AGF se aprecia hiperfluorescencia moteada y difusa en fases precoces. En la OCT, encontramos líneas hiperreflectivas lameladas a nivel de la lesión. La angio-OCT mostró una fina red vascular sobre fondo negro que se corresponde con la parte sólida del tumor. También se realizó una ecografía ocular donde se visualiza a nivel coroideo una hiperecogenicidad y la sombra acústica posterior que caracterizan al tejido óseo.

Conclusión: Distintas lesiones del segmento posterior pueden simular un osteoma coroideo, por lo que hay que tenerlo en cuenta a la hora de hacer un diagnóstico diferencial de una lesión coroidea.

El estudio mediante imagen multimodal además de facilitar el diagnóstico del osteoma, permite una mayor comprensión de las causas asociadas de pérdida de visión como presencia de líquido subretiniano, hemorragias, daño del epitelio pigmentario o aparición de neovascularización coroidea.



PCC83 PANUVEÍTIS GRANULOMATOSA BILATERAL EN PACIENTE NEUROLÓGICO. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Patricia GUTIÉRREZ CASTAÑO, Facundo Uriel URBINATI, Alfonso CALVO TRAPERO, Margarita JÓDAR MÁRQUEZ, Javier GARCÍA MONTESINOS GUTIÉRREZ

Introducción: Las uveítis son un grupo de entidades clínicas de etiología variada que cursan con inflamación intraocular. El papel del oftalmólogo es esencial a la hora de orientar la etiología. En las panuveítis la inflamación se localiza tanto en cámara anterior como en vítreo, coroides y retina. Presentamos el caso de un paciente con lesiones cerebrales asociadas a panuveítis granulomatosa bilateral compatibles con posible neurosarcoidosis.

Caso clínico: Varón de 70 años ingresado para estudio de lesiones ocupantes de espacio cerebrales. Consultó por dificultad para la marcha con inestabilidad y caídas frecuentes. Se solicitó valoración oftalmológica por visión borrosa bilateral. La agudeza visual fue de 0.5 en ambos ojos. A la exploración destacó la presencia de precipitados queráticos granulomatosos endoteliales, nódulos de koeppel y sinequias posteriores. En la funduscopia se observó vitritis en ambos ojos junto con áreas de envainamiento vascular y snowballs periféricos. Se solicitaron pruebas analíticas (hemograma, bioquímica, autoinmunidad) y pruebas serológicas, todas ellas sin hallazgos patológicos. En resonancia magnética cerebral destacó la presencia de múltiples lesiones redondeadas sin edema ni efecto masa asociado. Ante los hallazgos clínicos y las pruebas complementarias, se solicitó PET-TC que mostró lesiones de origen inflamatorio, compatibles con posible neurosarcoidosis.

Conclusión: La afectación del sistema nervioso en pacientes con sarcoidosis ocurre en tan sólo un 10% de pacientes. El diagnóstico resulta complejo en pacientes sin diagnóstico previo. La afectación ocular puede ser la primera manifestación de la enfermedad, siendo la uveítis el cuadro más frecuente. En nuestro paciente, una vez descartadas otras entidades, y con hallazgos en la RMN, estudio de LCR y exploración oftalmológica compatibles, podría ser diagnosticado de posible neurosarcoidosis según los criterios diagnósticos propuestos por Zajicek y colaboradores.



PCC84 UTILIDAD DE ADALIMUMAB EN CASO DE PARS PLANITIS BILATERAL NO RESPONDEDORA A TRATAMIENTO CORTICOIDEO NI INMUNOSUPRESOR

Raquel MAROTO CEJUDO, Francisco LÓPEZ MARTÍNEZ, José Gregorio GARCÍA GARCÍA, Enrique JUDEZ NAVARRO, Denisse Michelle ESPINOSA ENCALADA

Introducción: Las uveítis intermedias se caracterizan por inflamación localizada en el vítreo anterior y la base del vítreo, sobre el cuerpo ciliar y la pars plana. Se emplea el término de pars planitis para las uveítis intermedias idiopáticas con formación de snow-banks o snowballs. Son más frecuentes en el adulto de edad joven y la complicación más frecuente es el edema macular quístico.

Caso clínico: Mujer de 24 años diagnosticada de uveítis intermedia idiopática bilateral tras consultar por miodesopsias en ambos ojos (AO). En la exploración inicial presenta buena agudeza visual (20/20 AO) con vitritis anterior, snowballs y vasculitis bilateral en el fondo de ojo. Se instauro tratamiento corticoideo (prednisona 30mg/día) e inmunosupresor (Metotrexate 20mg/semana) con escasa adherencia al mismo por mala tolerancia, presentando hemovitreo en OI que requirió cirugía. La recuperación visual postquirúrgica fue buena (20/25). En este momento se decide iniciar terapia biológica con Adalimumab (Humira). Pese a estabilidad durante 18 meses, presenta empeoramiento de la vitritis con pérdida de AV en AO (20/30 en OD y 20/50 en OI), edema macular quístico en OI, membrana epirretiniana en AO y vasculitis periférica en angiografía de campo amplio. Sospechando taquifilaxia y ante la decisión de cambio de tratamiento la paciente confiesa abandono del mismo los 3 meses previos. Una vez reintroducido Adalimumab y metotrexate se ha producido mejoría objetiva y subjetiva, con recuperación de agudeza visual previa y mejoría de edema macular.

Conclusión: El tratamiento con terapia biológica resulta de utilidad en caso de uveítis intermedias refractarias a tratamiento corticoideo e inmunosupresor, siendo necesario su mantenimiento y cumplimiento a largo plazo.



PCC85 PANUVEITIS BILATERAL INDUCIDA POR NIVOLUMAB

Mireia MOLINA PÉREZ, Raisa Vanessa PINEDA OLIVEROS, Ignacio MÉNDEZ MORALES

Introducción: Se ha informado enfermedad ocular inflamatoria como efecto secundario del tratamiento con nivolumab, que es un anticuerpo monoclonal humanizado de tipo inmunoglobulina G4, que se une al receptor PD-1, y es utilizado como terapia de segunda línea para el carcinoma de células renales avanzado.

Caso Clínico: Varón de 58 años con carcinoma de células renales que presentó una panuveítis bilateral tras iniciar tratamiento oncológico con nivolumab.

El paciente fue remitido al servicio de Oftalmología por disminución de agudeza visual en ambos ojos tras la infusión de la segunda dosis de inmunoterapia con nivolumab. A la exploración oftalmológica se objetiva uveítis anterior, vitritis y edema de papila bilateral. Tras realizar analítica, serología y TAC craneal, se comenzó el tratamiento con Deflazacort 60 mg y dexametasona tópica, cediendo la inflamación intraocular. El control de la inflamación intraocular se consiguió en las siguientes dosis utilizando de forma profiláctica dexametasona tópica y reduciendo a 1,5 mg/kg la dosis de nivolumab.

Conclusión: Se han descrito casos de panuveítis medicamentosas por nivolumab, por lo que se debe sospechar ante cualquier cambio en la visión en los pacientes con este tratamiento.



PCC86 UVEÍTIS BILATERAL Y DESPENDINGIMIENTO NEUROSENSORIAL SECUNDARIO A TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA BRAF QUINASA: ¿ES NECESARIO SUSPENDER EL TRATAMIENTO ANTITUMORAL?

Elena SÁENZ DECKER, Francys Samara MANRIQUE BOLÍVAR, Lucía SANTANA GARCÍA, Susana RODRÍGUEZ VILLA

Introducción: Demostrar la posibilidad de mantener misma dosis terapéutica con Inhibidor de la BRAF quinasa (IBQ) a pesar de objetivarse uveítis, Edema Macular (EM) y Desprendimiento Neurosensorial (DNS) como complicación intraocular.

Caso clínico: Los IBQ se han asociado a patologías oftalmológicas como uveítis anterior aguda, vitritis y DNS. El Dabrafenib es un IBQ indicado en tratamiento de tumores con mutación V600 en el gen BRAF.

Presentamos el caso de una mujer de mediana edad, valorada por cuadro de dolor ocular, ojo rojo y pérdida acusada de Agudeza Visual (AV) bilateral de tres días de evolución; presenta un xantastrocitoma de lóbulo occipital izquierdo con mutación del gen V600 BRAF, tratada durante siete meses con Dabrafenif. A la exploración oftalmológica se objetiva una AV de 0.4 en ojo derecho y 0,3 en ojo izquierdo, en la biomicroscopía se aprecia tyndall 3+ y sinequias posteriores bilaterales y la Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) evidencia EM en Ambos Ojos (AO) acompañado de DNS en OD. Se inicia tratamiento con corticoides, ciclopléjico y Nevanac tópicos, manteniendo el tratamiento quimioterápico sistémico a mismas dosis terapéuticas. La exploración tras cuatro semanas del debut muestra una AV de 0.7 en AO, no se evidencian signos de inflamación ocular y tras cinco meses de tratamiento tópico en pauta descendente, la OCT traduce una resolución del EM y el DNS.

Conclusión: Resulta fundamental realizar un seguimiento oftalmológico estrecho en pacientes a tratamiento con IBQ, principalmente los primeros meses tras el inicio, pues se han asociado efectos adversos oculares. En casos de uveítis y DNS asociado, si los síntomas son leves, se debe considerar inicio de tratamiento tópico con corticoides, sin necesidad de reducir dosis o abandonar el tratamiento antitumoral con IBQ. En nuestro caso la respuesta fue favorable tras seguimiento durante 10 meses.



PCC87 CORIORRETINITIS PLACOIDE POSTERIOR SIFILÍTICA AGUDA: IDENTIFICACIÓN Y MANEJO PRECOZ COMO FACTOR PRONÓSTICO

Sara SÁNCHEZ CANTÓ, Vicente de Paul YAN FANG, Miriam GARCÍA FERNÁNDEZ

Introducción: Las manifestaciones oculares siguen siendo de las más subestimadas en la sífilis a pesar de su incidencia en aumento, en especial, la coriorretinitis placoide posterior aguda (CPPSA) que, aunque poco frecuente, constituye una forma clínica distintiva de la enfermedad.

Caso clínico: Varón de 42 años que consultó por escotoma central en ojo derecho (OD) de 3 semanas de evolución. A la exploración la agudeza visual (AV) de OD era de cuenta dedos y de unidad en ojo izquierdo (OI). El polo anterior resultó normal salvo celularidad vítrea de una cruz en OD.

En polo posterior de OD se objetivó una lesión placoide con intenso edema retiniano y otra similar a nivel temporal de OI. El campo visual mostró dos defectos correspondientes a dichas lesiones y la tomografía de coherencia óptica (OCT) una disrupción en la capa de elipsoides con engrosamiento granular a nivel de epitelio pigmentario de la retina (EPR). En la autofluorescencia se observaron dos placas hiperfluorescentes con patrón granular y en la angiografía fluoresceingráfica un patrón característico de hipofluorescencia precoz e hiperfluorescencia tardía creciente. Ante la sospecha diagnóstica de CPPSA se ingresó al paciente a tratamiento con penicilina intravenosa durante 14 días. Las pruebas complementarias resultaron normales salvo serologías (Ac totales sífilis +, RPR 1/16, VIH -) que confirmaron el diagnóstico.

La AV al mes fue de 0,2 en OD y 1 en OI. Se produjo mejoría fundoscópica (sin objetivar ya lesión placoide), tomográfica y campimétrica (con persistencia de cierto escotoma central en OD).

Conclusión: El retraso diagnóstico y la afectación macular en la CPPSA conlleva a la pérdida visual, en ocasiones irreversible. Los hallazgos tomográficos y angiográficos que revelan patrones característicos ayudan a orientar el diagnóstico de forma precoz y valorar la respuesta al tratamiento.



PCC88 EDEMA MACULAR QUÍSTICO BILATERAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LINFOMA FOLICULAR DE BAJO GRADO

Juan Antonio SÁNCHEZ PEREA, Manuel ALMARCHA MENARGUES, Elena RUBIO VELÁZQUEZ

Introducción: El linfoma folicular de bajo grado, también conocido como linfoma indolente, afecta de un modo silencioso, dando lugar a manifestaciones diversas y que no llaman la atención del enfermo. Las manifestaciones oculares pueden incluir uveítis crónica y vitreítis leve que suele ser bilateral. Estos linfomas presentan el riesgo de volverse agresivos.

Caso clínico: Varón de 35 años que acude a consulta por disminución de agudeza visual por ambos ojos desde hace 2 semanas. En la exploración del segmento anterior destacan en ambos ojos sinequias posteriores que se extienden 270° y Tyndall positivo de 2+. En la fundoscopia no se observa vitritis, con vasculatura y papila normal. Se realiza una tomografía de coherencia óptica (OCT) encontrando un edema macular quístico de aspecto inflamatorio con desprendimiento neurosensorial subfoveal. Se inicia tratamiento con Prednisona oral 30 mg al día, pomada dexametasona una aplicación por la noche, colirio de prednisolona cada 2 horas. El paciente se realiza una serie de pruebas, destacando una linfocitosis en la analítica de sangre y la positividad para *Helicobacter Pylori*. Se realiza punción intravítrea con implante de dexametasona con respuesta parcial del edema macular. Se realiza una extensión de sangre periférica en el que se comprueba una linfocitosis absoluta CD5+. Tras completar el tratamiento antibiótico para erradicar el *Helicobacter*, se observa la resolución del edema macular.

Conclusión: Cuando nos encontramos con un paciente con un episodio de uveítis debemos estudiar el caso con precaución, pues aunque muchas son idiopáticas, otras como vemos están relacionadas con procesos no solo infecciosos, sino que también pueden ser de tipo hematológico, siendo necesario tratar el proceso general para la resolución de la manifestación ocular.



PCC89 DESPRENDIMIENTO BACILAR BILATERAL COMO MARCADOR INFLAMATORIO EN VKH TRAS TAPERING TERAPÉUTICO INICIAL. TRATAMIENTO INMUNOMODULADOR PRECOZ COMBINADO Y SEGUIMIENTO A 8 AÑOS

Lucía Inmaculada SANTANA GARCÍA, Zaida MIGUÉLEZ LLAMERA, Pablo SOLER BARRINA, Eduardo PASTENES ZHILIN, Marina RODRÍGUEZ ANDRÉS, María Luz GUARDATI

Introducción: La enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) es una patología sistémica autoinmune cuyo tratamiento se basa en dos pilares fundamentales: corticoides e inmunosupresores. Las recurrencias en los primeros meses están asociadas a una disminución demasiado rápida del tratamiento.

Caso clínico: Mujer de 46 años que presenta cuadro de visión de escotomas negativos de 24h de evolución y disminución rápidamente progresiva de agudeza visual (AV) bilateral. Refería cefalea y vértigo 48h antes del comienzo de los síntomas visuales y cuadro pseudogripal la semana previa.

A la exploración oftalmológica se encuentran DR exudativos bilaterales y vitritis. Se instauran bolos de corticoides durante 3 días, seguidos de pauta oral domiciliaria. Se observa una considerable mejoría, pero tras la reducción inicial de la dosis reaparecen DRs exudativos tabicados, desprendimientos bacilares bilaterales y severa disminución de la AV.

Se instaura inmunosupresión con ciclosporina 5 mg/kg/d, observándose recaída con precipitados endoteliales al reducir también esta dosis, precisando el uso de esteroides tópicos oculares. Se realiza un descenso terapéutico muy lento y escalonado durante un período de 3 años.

A los 7 años de seguimiento, presenta mínimas alteraciones del epitelio pigmentario retiniano y conserva AV=1 en ambos ojos.

Conclusión: Múltiples estudios apoyan el uso de corticoterapia e inmunosupresión precoz, y apuntan a un mejor pronóstico visual que en monoterapia. Observamos el imprescindible descenso lento y gradual de la terapia inmunomoduladora y corticoidea en esta patología.



PCC90 EL PAPEL DE LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA (OCT) EN EL SEGUIMIENTO DE LA CORIORRETINITIS POR CANDIDA: ANÁLISIS DE LAS IMÁGENES EN ALTA DEFINICIÓN

Raquel SORIANO GIL, María Victoria NAVARRO ABELLÁN, Manuel LOSADA MORELL

Introducción: En un 16% de los pacientes con Candidemia se dan complicaciones intraoculares. La mayoría de estos pacientes desarrollan coriorretinitis y en un 1.6% de estos casos la enfermedad avanza a Endoftalmitis. El tratamiento sistémico de elección es el Fluconazol oral. Existe una alta recomendación de la exploración del fondo de ojo de los pacientes con Candidemia dentro de la primera semana desde el inicio de la terapia antifúngica.

Caso clínico: Mujer de 51 años con diagnóstico de Candidemia por *Candida albicans* secundaria a tromboflebitis séptica por infección de catéter venoso periférico y en tratamiento sistémico con fluconazol (400mgr/día). No refiere sintomatología ocular. En la exploración oftalmológica, la mejor agudeza visual corregida es de 0.7 en ambos ojos. Presión intraocular y biomicroscopia del segmento anterior normal. En el examen fundoscópico presenta lesiones blanco-amarillentas, de pequeño tamaño, perifoveales y extramaculares en ambos ojos. Las imágenes en alta definición de la OCT confirma la presencia de lesiones hiperreflectivas a nivel de la coriocapilar, retina externa e interna, con ruptura y extensión a cavidad vítrea de uno focos de coriorretinitis durante el seguimiento. Dada la proximidad de las lesiones a la fovea, se indica una inyección de voriconazol intravítrea en ojo derecho. El tratamiento sistémico con Fluconazol se mantuvo durante cinco semanas, 14 días después de la resolución de los signos atribuibles a la infección y hemocultivos negativos.

Conclusión: el diagnóstico temprano de la afectación ocular en pacientes con infección por *Candida* marca el pronóstico visual de los pacientes. Será determinante para el manejo terapéutico, evaluar la existencia de afectación macular, ya que en esos casos estará indicado el voriconazol intravítreo. La OCT se trata de un método diagnóstico esencial en ese sentido, ya que permite situar el nivel de afectación, evaluar su evolución y objetivar la respuesta al tratamiento.



PCC91 NO ES ESCLEROSIS MÚLTIPLE TODO LO QUE BRILLA EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA

Irene TEMBLADOR BARBA, Alejo Honesto RODRÍGUEZ SUÁREZ, Gumersindo Jesús PÉREZ ORTEGA

Introducción: El síndrome de Susac (SS) y la esclerosis múltiple (EM) son enfermedades autoinmunes que suelen afectar más a mujeres jóvenes. Se diferencian en la clínica, características del líquido cefalorraquídeo y hallazgos radiológicos. El SS es una microangiopatía con anticuerpos dirigidos a las células endoteliales que provocan una proliferación endotelial con microinfartos en las arteriolas craneales, retinianas y cocleares, mientras que en la EM se afectan principalmente los oligodendrocitos, que dan lugar a la desmielinización. Cuando está presente la triada característica del SS (encefalopatía con o sin signos neurológicos focales, oclusiones de rama arterial retiniana e hipoacusia) es fácilmente distinguible de la EM, pero en caso contrario puede haber confusión

Caso clínico: Mujer de 44 años tratada inicialmente como EM. Comenzó con inestabilidad, síndrome vertiginoso, parálisis facial izquierda y pérdida de visión progresiva en ambos ojos. El brote se trató con bolos de corticoides, y posteriormente se pautó Interferon beta-1A. Al no observar mejoría y sufrir cefaleas severas, consultó por una segunda opinión

En la exploración oftalmológica, en el fondo de ojo se detectó edema retiniano blanquecino y vasculitis. La angiografía con fluoresceína reveló obstrucciones de rama arterial retiniana. La resonancia magnética mostró múltiples lesiones craneales hiperintensas en secuencias T2 y flair, compatible con enfermedad desmielinizante o vasculítica. La punción lumbar con determinación de bandas oligoclonales fue negativa. Durante esta evaluación, la paciente presentó hipoacusia y acúfenos. Se realizó estudio audiológico, y con todos los hallazgos, se diagnosticó SS. Se instauró tratamiento con Micofenolato de mofetil, encontrando gran mejoría. Actualmente la enfermedad se ha estabilizado y se encuentra sin tratamiento.

Conclusión: El diagnóstico diferencial entre el SS y la EM es fundamental para tratar correctamente a los pacientes afectados.



PCC92 UVEÍTIS INTERMEDIA BILATERAL ASOCIADA A SÍNDROME DE USHER DE TIPO II

Vicente de Paul YAN FANG, Sussan's Pamela GUILLÉN LOZADA, Miriam GARCÍA FERNÁNDEZ, Ana SEÑARIS GONZÁLEZ, Lucía SANTANA GARCÍA, Inés BUGALLO GONZÁLEZ

Introducción: El Síndrome de Usher (SU) es una enfermedad genética de herencia autosómica recesiva que es conocida por ser de las causas más frecuentes de sordera-ceguera de etiología hereditaria. El tipo II se caracteriza por sordera neurosensorial moderada-severa y problemas de visión de lenta aparición desde la adolescencia en forma de Retinosis Pigmentaria (RP), estando también descrita cierta asociación con la iridociclitis heterocrómica de Fuchs, una forma de uveítis no granulomatosa de afectación unilateral.

Caso Clínico: Varón de 56 años con RP e hipoacusia con 3 hermanos afectados. En relación a esto presentan un estudio genético con mutación homocigótica en el gen USH2A, que se asocia al SU de tipo II. El paciente mantenía de forma estable una Agudeza Visual (AV) de 0.5 en ambos ojos y hallazgos típicos de RP en la campimetría con un residual central así como funduscópicos en forma de estrechamiento arteriolar y pigmento en espículas óseas. Durante el seguimiento el paciente refirió una pérdida de AV manifiesta (AV de 0.3 en AO), hallando en la exploración abundantes snowballs, vitritis y envainamiento vascular bilateral. Se realizó una angiografía fluoresceínica, la cual objetivó una vasculitis activa con múltiples puntos de fuga en los vasos peripapilares de ambos ojos. El tratamiento consistió en corticoterapia oral y tópica en pauta descendente, consiguiendo una recuperación de la AV previa (0.5) y un aclaramiento de la turbidez y condensaciones vítreas.

Conclusión: Tras revisar la bibliografía y encontrar poca información relacionada, presentamos este caso atípico de uveítis intermedia con afectación bilateral en el contexto de un síndrome de Usher de tipo II para contribuir y complementar en la información de la que se dispone de las manifestaciones oculares de este tipo de pacientes.



PCC93 METÁSTASIS OCULARES EN PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA

Maria Belén ALAMAR PÉREZ, Nuria GONZÁLEZ GIRÓN, Miguel ORTIZ SALVADOR, Verónica CASTRO NAVARRO

Introducción: Presentamos el caso clínico de una paciente diagnosticada de cáncer de mama que tras la evidencia de metástasis oculares, se cambia el régimen terapéutico.

Caso clínico: Paciente de 56 años con antecedentes de cáncer de mama, libre de enfermedad. En tratamiento coadyuvante con anastrozol. Acude al servicio de medicina de urgencias por cefalea y pérdida de agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD) de 2 semanas de evolución.

Tras la exploración sistémica y ante los antecedentes, se decide complementar el estudio con una tomografía computerizada (TC) cerebral, objetivándose engrosamiento con aspecto hiperdenso en el globo ocular derecho, y una imagen similar aunque de menor entidad en el globo ocular izquierdo. Por lo que se realiza interconsulta urgente a oftalmología.

A la exploración la paciente presenta una AV en OD de 0.16 y en OI de 1.0. En el fondo de ojo se hallaron en OD 1 lesión en hemirretina inferior, sugestiva de metástasis, con exudación afectando retina central y en OI 5 lesiones paramaculares.

Se complementó el estudio con Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) observándose en OD desprendimiento del neuroepitelio y OI un perfil foveal conservado.

Tras el diagnóstico de metástasis oculares se completó estudio sistémico mediante TC torácico y abdominopélvico, hallándose metástasis hepáticas, pulmonares, ganglionares hiliares, adrenales, cutáneas y óseas.

Ante las nuevas lesiones, se cambió la actitud terapéutica con PALBO/Fulvestran + Zoladex.

Tras dos años de seguimiento la paciente se encuentra sin lesiones neoplásicas. Actualmente su AV en OD y en OI es 1.0 con la desaparición completa de las lesiones, así como los desprendimientos de retina exudativos.

Conclusión: El examen oftalmológico es de gran importancia en pacientes con antecedentes de cáncer de mama y clínica visual. La retinografía de campo amplio y la OCT permiten el diagnóstico y evaluación de respuesta al tratamiento sistémico en pacientes con metástasis oculares.



PCC94 ANGIOGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA COMO DIAGNÓSTICO DE LA NEOVASCULARIZACIÓN SUBRETINIANA SECUNDARIA A TELANGIECTASIA MACULAR IDIOPÁTICA TIPO 2 (MACTEL 2)

Carla ARTEAGA HENRÍQUEZ, Hugo E. TAPIA QUIJADA, Sandra GÓMEZ PERERA, Mariel F. SÁNCHEZ GARCÍA

Introducción: Reportar el caso de una mujer con diagnóstico de telangiectasia macular idiopática tipo 2 (MacTel 2), el estudio con imagen multimodal y describir la utilidad y los hallazgos de angiografía por tomografía de coherencia óptica (OCTA) en el diagnóstico neovascularización subretiniana (NVSR) secundaria.

Caso Clínico: Resultados: Mujer de 57 años sin antecedentes de importancia, diagnosticada de MacTel tipo 2 a los 3 años del diagnóstico inicial, desarrolló una pérdida brusca de visión en su ojo izquierdo (AV :0.4). La fundoscopia del ojo afectado reveló una tenue hemorragia macular y la OCT mostró las alteraciones típicas de MacTel 2 ya conocidas asociado a una zona de engrosamiento macular homogéneo con ausencia de líquido intrarretiniano y subretiniano, estos hallazgos no eran concluyentes para el diagnóstico de neovascularización secundaria. Se realizó OCTA que confirmó la presencia de NVSR a nivel del plexo capilar profundo y en capa avascular. Se trató con ranibizumab, y en la actualidad tras 1 dosis del anti-VEGF presenta mejoría visual a 0.6 y mejoría de los signos de la NVSR tanto en la OCT como en la OCTA de control.

Conclusión: En casos donde la OCT no es concluyente, la OCTA es una herramienta fundamental en el diagnóstico de NVSR secundaria a MacTel tipo 2. Además, permite controlar la progresión de la enfermedad y monitorizar la respuesta a terapia anti-VEGF.



PCC95 CORIORETINOPATÍA SEROSA CENTRAL CRÓNICA RESISTENTE RESPONDE A ESPIRONOLACTONA

Víctor Manuel ASENSIO SÁNCHEZ, Francisco Javier VALENTÍN BRAVO

Introducción: La corioretinopatía serosa central crónica (CSCC) es la persistencia de líquido subretiniano (LSR) más de tres meses, produciendo daño permanente en el epitelio pigmentario de la retina. Se describe el efecto de la espironolactona, un antagonista del receptor de los mineralocorticoides, en el tratamiento de la CSCC.

Casos clínicos: Mujer de 50 años con CSCC durante al menos 10 meses en el ojo izquierdo (OI). La agudeza visual máxima (AVm) en el OI era 0.05. El espesor del LSR fue 350 μm . Tratada con espironolactona 50 mg/día durante 30 días. La AVm aumentó a 0.4 una semana después de la última dosis. El LSR disminuyó a 50 μm (diferencia de 300 μm).

Mujer de 42 años con CSCC de 13 meses de evolución en el OI. La AVm en el OI era 0.1. El espesor del LSR fue 200 μm . Tratada con espironolactona 50 mg/día durante 30 días. La AVm aumentó a 0.7 una semana después de la última dosis. El desprendimiento seroso se resolvió completamente (diferencia de 200 μm).

En ambos casos se descartó (contraindicación oftalmológica para el tratamiento): neovascularización coroidea, vasculopatía coroidea polipoide, lesiones pseudo viteliformes. Se consideró contraindicación sistémica: insuficiencia renal y/o hepática, hiperkaliemia $> 5,5 \text{ mmol/L}$, tratamientos asociados que aumenten el potasio sérico y alergia a la lactosa.

Ninguna de las pacientes presentaron alteraciones bioquímicas y/o analíticas relacionadas con el tratamiento. No se identificaron alteraciones sistémicas.

Conclusión: En estos casos, la espironolactona 50 mg/día/1mes es eficaz y bien tolerada como tratamiento de la CSCC, consiguiendo mejorías anatómicas y visuales significativas.



PCC96 IMAGEN MULTIMODAL DE ISQUEMIA COROIDEA AGUDA SECUNDARIA A TRATAMIENTO ESTÉTICO FACIAL CON INYECCIÓN DE PLASMA CENTRIFUGADO

Sofía BATLLE-FERRANDO, M.^a Socorro ALFORJA CASTIELLA, Amanda GARCÍA TIRADO, Anna CASABLANCA PIÑERA, Anna CAMÓS CARRERAS, Bernardo SÁNCHEZ DALMAU

Introducción: Los procedimientos estéticos mínimamente invasivos mediante inyecciones faciales están experimentando un auge, de tal forma que emergen sus complicaciones, algunas raras pero desastrosas, como la pérdida visual.

El mecanismo de oclusión vascular no se conoce con exactitud. Suele involucrar a la arteria oftálmica y sus ramas, siendo el hallazgo más frecuente la afectación de la arteria central de la retina (ACR). Presentamos un caso de infarto coroideo secundario a una afectación de arterias ciliares posteriores cortas (ACPC) con respeto de la arteria central de la retina.

Caso clínico: Mujer de 50 años sin antecedentes de interés que, tras una inyección de plasma centrifugado en la región frontal, refiere pérdida de visión en el ojo izquierdo (OI). Acude a urgencias de nuestro centro una semana más tarde con una visión de 1.0 en ojo derecho (OD) y de percepción lumínica en OI, con defecto pupilar aferente relativo en dicho ojo. El fondo de ojo del OI muestra un edema de papila e isquemia retiniana parcheada que afecta a la fóvea.

En el OI, la OCT estructural macular muestra una atrofia de capas externas con preservación de capas internas. La angiografía fluoresceínica muestra zonas de hipofluorescencia por falta de llenado coroideo y zonas hiperautofluorescentes por efecto ventana del EPR atrofiado, con preservación del árbol vascular retiniano.

Partículas del líquido inyectado pueden viajar de manera retrógrada por vasos arteriales si se inocula con una fuerza suficiente. Estos émbolos pueden afectar a la arteria oftálmica y a sus ramas, dando la clínica visual. Lo más frecuente es la afectación de la ACR, pero la rareza de este caso es la isquemia coroidea por probable afectación de las ACPC, preservando de la ACR.

Conclusión: A pesar de ser procedimientos mínimamente invasivos, entrañan riesgos. Evitar lugares con pequeños vasos y la velocidad de inoculación es determinante para disminuir el riesgo de complicaciones oculares.



PCC97 EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE LA RETINOSQUISIS JUVENIL LIGADA A X

Ana BONED MURILLO, María Dolores DÍAZ BARREDA, Francisco Javier ASCASO
PUYUELO, Isabel PINILLA LOZANO

Introducción: La retinosquisis congénita, retinosquisis juvenil o ligada al cromosoma X (CXLRS), presenta una prevalencia aproximada de 1:120.000 siendo una de las causas más comunes de degeneración macular en varones jóvenes. Consecuencia de la mutación en el gen RS1 que codifica la retinosquisina, cura con déficit visual, estrabismo y nistagmus. Por lo general su evolución es rápida durante los cinco primeros años, y posteriormente se ralentiza, pudiendo regresar parcialmente de forma espontánea.

Caso Clínico: Se presenta el caso de un hombre de 32 años diagnosticado de CXLRS a los 22 años de edad en controles rutinarios por estrabismo convergente asociado a hipermetropía de +5.50 Ojo Derecho (OD) y +6.50 Ojo Izquierdo (OI). En el momento del diagnóstico de su enfermedad su agudeza visual corregida (AVMC) era de 20/32 OD y 20/40 OI, se observaron quistes maculares con distribución radial en ambos ojos (AO), además de en el OD una retinosquisis que afecta al área macular y el cuadrante supero-temporal y en el OI la retinosquisis afecta la mácula y los cuadrantes superior y temporal de la retina periférica. La tomografía de coherencia óptica (OCT) pone de manifiesto la presencia en AO de una esquisis macular que se extiende desde la capa nuclear externa (CNE) a la capa plexiforme externa (CPE) así como cierto componente quístico. También se apreciaba un aumento de la autofluorescencia foveal. El paciente ha seguido siendo valorado en nuestro servicio durante diez años y actualmente su AVMC es 20/50 en AO, con casi total regresión de los quistes maculares. En la OCT podemos apreciar la regresión con atrofia foveal y en la OCT-A se aprecia un aumento de la Zona Avascular Foveal (FAZ) AO.

Conclusión: La CXLRS es una patología que progresa lentamente. La OCT permite el estudio de la retinosquisis en tiempo real, siendo útil en el seguimiento y evolución de dicha patología. Aunque no existe un tratamiento actual, parece que la terapia genética podría ser una opción terapéutica.



PCC98 ESTUDIO MEDIANTE IMAGEN MULTIMODAL DE DOS CASOS DE RETINOPATÍA ASOCIADA A ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES

Julia BONVÍN GÓMEZ, José Luis SÁNCHEZ VICENTE, Trinidad RUEDA RUEDA, Begoña BALBOA HUGUET

Introducción: La anemia de células falciformes o drepanocitosis (ACF) representa la hemoglobinopatía más frecuente en el mundo. Afecta al 25% de la población de raza negra, sobre todo en áreas de paludismo endémico de África Central.

El ojo constituye un órgano diana. El proceso patológico primario es la oclusión vascular de la retina periférica. La hipoxia e isquemia crónica conllevan un aumento de la producción de factores angiogénicos, lo que da lugar a la retinopatía falciforme proliferativa

Caso clínico: Presentamos dos casos de afectación oftalmológica por ACF, estudiados mediante imagen multimodal.

El primero es un varón de 19 años de raza negra diagnosticado de ACF, derivado por disminución de visión. En la biomicroscopía se observó algún vaso en coma en conjuntiva, mientras que en el fondo de ojo se hallaron manchas solares en periferia de ambos ojos. En la AGF no se observó isquemia ni neovascularización. La OCT puso de manifiesto un adelgazamiento de la mácula temporal de ambos ojos. La angio-OCT mostró ausencia de flujo a nivel del plexo profundo.

El segundo es un paciente de 49 años de raza negra, diagnosticado de ACF, que acudió por disminución de visión. El polo anterior no mostró hallazgos de interés. El fondo de ojo izquierdo presentaba hemorragias, exudados y vasos exangües. En la AGF se observaron zonas de isquemia y neovasos en abanico. El perfil foveal en la OCT estaba conservado. Se realizó panfotocoagulación láser en ese ojo.

Conclusión: Aunque la clasificación de Goldberg de 1971 continúe vigente, con la tecnología actual podemos hacer una descripción del cuadro más exhaustiva. El adelgazamiento macular temporal observado en la OCT, ha sido relacionado con la probabilidad de desarrollar retinopatía proliferativa, pudiendo ser empleado como biomarcador. La angio-OCT proporciona información adicional sobre los plexos capilares maculares. Se ha hallado relación entre la ausencia de flujo en la angio-OCT y el adelgazamiento macular.



PCC99 RETINOPATÍA POR ANTIPALÚDICOS Y DIAGNÓSTICO MEDIANTE SD-OCT: «SIGNO DEL PLATILLO VOLANTE»

Elena CABEZAS MONJAS, María Pilar CANTÓ SAN MIGUEL, María GONZÁLEZ HERRERA

Introducción: Cloroquina (CQ) e hidroxiclороquina (HCQ), fármacos antipalúdicos utilizados actualmente para el control de enfermedades del tejido conectivo, se consideran seguros y bien tolerados pero pueden producir retinotoxicidad. El mecanismo, aún desconocido, conduciría a su acumulación en el epitelio pigmentario de la retina (EPR) y explicaría que su cese no implique mejoría. La detección precoz cuando las alteraciones son reversibles es crucial para el pronóstico visual.

Caso clínico: Mujer de 59 años con lupus eritematoso sistémico y síndrome de Sjögren tratada con azatioprina, prednisona e HCQ 200 mg/día durante 1 año; previamente con CQ 50 mg/día durante 8 años y revisiones oftalmológicas normales. Atendida por molestias oculares y disminución de agudeza visual, siendo sin corrección de 0.8 y el resto de exploración anodina. El fondo de ojo (FO), autofluorescencia (AF) y tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT) mostraron alteraciones parafoveales sugestivas de maculopatía por antipalúdicos; el campo visual (CV) 10-2 estaba alterado en ambos ojos. Se remitió a reumatología para suspender HCQ y a neurofisiología para realizar electroretinograma (ERGmf) Ganzfeld.

Conclusión: HCQ ha reemplazado a CQ por su menor incidencia de retinopatía, siendo más leve y menos progresiva. La Academia Americana de Oftalmología en 2016 aconsejó: dosis de HCQ máxima diaria <5 mg/kg de peso real, exploración basal y cribado anual después de 5 años de tratamiento, salvo que existan factores de riesgo. No hay prueba de elección para la detección precoz, considerándose ERGmf, SD-OCT y AF más objetivas que CV y recomendándose realizar al menos 2 de éstas en el cribado. El «signo del platillo volante» no es patognomónico pero puede ser detectado por SD-OCT antes que las anomalías en el FO. Esta prueba accesible, fácil y objetiva facilita el diagnóstico precoz al identificar los signos característicos de maculopatía y permite suspender el fármaco a tiempo, ya que no hay tratamiento eficaz.



PCC100 COROIDOPATÍA PUNCTATA INTERNA, UNA RARA CAUSA DE ALTERACIÓN VISUAL EN MIOPE

Marcia Gabriela CABRERA JARA, María del Carmen MARTÍNEZ ROCA, Inmaculada SELLÉS NAVARRO

Introducción: La coroidopatía punctata interna (CPI) es una coriorretinopatía multifocal de etiología desconocida y poco frecuente. Se engloba dentro del síndrome de puntos blancos, dentro del cual es necesario hacer un diagnóstico diferencial. Es una patología a tener en cuenta en jóvenes miopes con alteración repentina de la visión.

Caso clínico: Mujer de 24 años con visión borrosa y de «manchas negras» en el campo visual central del ojo derecho (OD) de varios días de evolución. Miope de -10 dioptrías (DP) en OD y -14 DP en izquierdo (OI), que es ambliope. La máxima agudeza visual corregida (MAVC) es de 5/10 en ambos ojos. En la funduscopía de OD se observa atrofia coriorretiniana, una cicatriz redondeada y varias lesiones punteadas blanquecinas en polo posterior. No hay signos inflamatorios. El OI presenta atrofia coriorretiniana y una hemorragia en llama yuxtapapilar, con una tomografía de coherencia óptica (OCT) normal. La OCT de mácula derecha muestra acúmulo de material a nivel foveal supraepitelial, así como puntos hiperreflectivos en la coriocapilar subyacente. Tanto en la autofluorescencia como en la angiografía con fluoresceína se aprecian alteraciones compatibles con una CPI. Se pauta tratamiento con nepafenaco tópico y prednisona comprimidos. La evolución es favorable y la MAVC de OD ha mejorado.

Conclusión: La CPI es una patología rara que suele verse más frecuentemente en mujeres jóvenes miopes. Suele presentarse con visión borrosa y escotomas, aunque también pueden verse otros síntomas. Para su diagnóstico son útiles las pruebas de imagen, aunque es necesario realizar diagnóstico diferencial con otras patologías que cursan con los mismo síntomas y alteraciones. El tratamiento consiste en el uso de antiinflamatorios, llegando a usarse inmunosupresores en ocasiones. El pronóstico suele ser favorable, pero existe la posibilidad de desarrollar neovascularización coroidea, por lo que hay que realizar un seguimiento adecuado.



PCC101 PRIMER ESTUDIO CON TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA ANGIOGRÁFICA (OCT-A) EN SÍNDROME DE BARDET-BIEDL TIPO 5

Héctor CAROT SANMILLÁN, Yolanda CIFRE FABRA, Álvaro OJEDA PAROT, Ana LÓPEZ MONTERO, Andrea DÍAZ BARRÓN, Antonio Miguel DUCH SAMPER

Introducción: El síndrome de Bardet-Biedl (BBS), es una enfermedad hereditaria genéticamente heterogénea que se caracteriza por una expresión fenotípica variable con manifestaciones clínicas primarias y secundarias. Los cilios primarios intervienen en la percepción sensorial y en varias vías de señalización. Cualquier alteración de los mismos da lugar a un grupo de patologías llamadas ciliopatías, siendo el BBS una de ellas. Se han identificado 25 genes causantes. La distrofia retiniana severa ocurre en el 90% de los pacientes, siendo la más frecuente la distrofia de bastones-conos.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 12 años con BBS tipo 5, con distrofia tipo conos-bastones y estudio estructural y funcional de la retina mediante OCT-A. Presenta todos los criterios clínicos primarios y tres secundarios. El fondo de ojo muestra granulosidad macular. El ERG tipo Ganzfield determina mayor afectación de conos que de bastones. El campo visual muestra afectación generalizada. El patrón de autofluorescencia describe hiperautofluorescencia foveal rodeada de un halo de hipoaufluorescencia. La OCT-A muestra disrupción de la elipsoide a nivel central y adelgazamiento del grosor foveolar. En el patrón en face se observa aumento de la refringencia coriocalilar. El análisis genético muestra la presencia de la variante c. 143-1G>G; p. en homocigosis en el gen BBS-5.

Conclusión: Podemos concluir que la OCT-A es una herramienta útil para el estudio de las distrofias retinianas, por su alta resolución en la segmentación de las capas de la retina, con gran implicación en el pronóstico visual.



PCC102 NEOVASCULARIZACIÓN COROIDEA TEMPRANA SECUNDARIA A DOBLE ROTURA COROIDEA TRAUMÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Pau CID BERTOMEU, Ramón ESPINET BADÍA, Marta DOMÍNGUEZ BERNAUS

Introducción: La rotura coroidea se produce por un traumatismo directo o indirecto que causa una rotura a nivel de la coroides, la membrana de Bruch y el epitelio pigmentario de la retina. Entre el 5 y el 20% de los casos desarrollan neovascularización coroidea con importante pérdida visual. Presentamos un caso de doble membrana neovascular en una paciente con múltiples roturas coroides después de un traumatismo indirecto.

Caso clínico: Mujer de 31 años que después de traumatismo contuso por impacto de pelota presenta pérdida de visión en ojo izquierdo. Presenta una agudeza visual de 0.63 y en el fondo de ojo observamos tres lesiones con forma de media luna, una nasal a papila y otras dos maculares, una nasal e inferior a fovea y otra perifoveal temporal. El OCT no mostró edema ni líquido subretiniano. En la autofluorescencia se muestra una disrupción del complejo epitelio pigmentario-membrana de Bruch que coinciden en localización con las lesiones descritas. Acude 4 meses más tarde por pérdida de visión y en el OCT se objetiva fluido subretiniano sugestivo de neovascularización coroidea (NVC). El Angio-OCT muestra numerosos vasos tortuosos, finos, sobre las dos cicatrices coroides perifoveales. Se indicó tratamiento con tres inyecciones de ranibizumab (0.5mg/0.05ml) en el ojo izquierdo, separadas por un mes. Después del tratamiento con anti-VEGF, la agudeza visual mejoró, el fluido subretiniano se reabsorbió y en las imágenes con angio-OCT se evidenció una contracción de las dos membranas neovasculares.

Conclusión: Las roturas coroidales tienen un riesgo importante de desarrollar NVC meses o años después del traumatismo. El tratamiento con anti-VEGF intravítreo es efectivo en los casos que presentan pérdida de visión por acúmulo de fluido subretiniano macular por membrana neovascular coroidea después de roturas coroidales traumáticas. La Angio-OCT resulta muy útil en el seguimiento y tratamiento de estos pacientes.



PCC103 CRECIMIENTO DOCUMENTADO DE HIPERTROFIA CONGÉNITA DEL EPITELIO PIGMENTARIO DE LA RETINA

Virtudes de la PUENTE AZPITARTE, Elena SÁNCHEZ SÁIZ, Filipa Isabel PESSANHA, Pablo GILI MANZANARO

Introducción: La hipertrofia congénita del epitelio pigmentario de la retina (HCEPR) es una lesión benigna, plana y pigmentada, con lagunas no pigmentadas en su interior, que se suele diagnosticar en una exploración de rutina. Con frecuencia son confundidas con otras lesiones pigmentadas del fondo de ojo. Frecuentemente son asintomáticas y el tratamiento consiste en la observación. Clásicamente se pensaba que eran lesiones estables, aunque hay cada vez más evidencia de crecimiento lento durante años de seguimiento.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 42 años diagnosticada de manera casual de HCEPR. Se le observó a lo largo de un periodo de 23 años y se realizó un seguimiento fotográfico, demostrando un crecimiento lento durante este tiempo, pasando de un área de 8,36 a 23,52 mm². Se realizó una tomografía de coherencia óptica en la que se aprecia un adelgazamiento generalizado de las capas retinianas, principalmente a expensas de la capa de fotorreceptores, junto con hiperreflectividad a nivel del epitelio pigmentario de la retina. La autofluorescencia demuestra una ausencia total de lipofuscina. El filtro rojo resalta la lesión hiperpigmentada en contraste con la visualización de las capas coroideas por el efecto ventana de las lagunas. En el filtro verde se puede apreciar que la lesión está incluida en las capas retinianas externas.

Conclusión: Está convirtiéndose en una realidad el hecho de que las HCEPR son unas lesiones que crecen con el paso del tiempo, especialmente en casos en los que el observador se apoya en un seguimiento fotográfico. En nuestro caso en concreto la lesión presentaba una tasa de crecimiento de 1,6 $\mu\text{m}/\text{mm}$ por base de lesión por mes, con una tendencia ascendente lineal demostrada mediante un gráfico. Ello obliga a realizar un diagnóstico diferencial con otras lesiones pigmentadas crecientes, benignas o malignas, lo cual es posible gracias a los filtros, la autofluorescencia, y la TCO.



PCC104 MACULOPATÍA EN PACIENTE CON INFECCIÓN PASADA POR SARS-COV-2: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sissi DÍAZ RAMÍREZ, Cristina VALLE FRANCO, Isabel HERRERO DURÁN, María Jesús APARICIO HERNÁNDEZ-LASTRAS

Introducción: Dentro de las complicaciones oftalmológicas producidas por el SARS-CoV-2, se ha descrito una posible retinopatía. Se han publicado algunos casos aislados de Maculopatía media aguda paracentral y Neurorretinopatía macular aguda en pacientes confirmados de COVID-19.

Caso clínico: Mujer de 31 años de edad que acude a Urgencias de Oftalmología por presentar visión borrosa central por ambos ojos (AO) sin metamorfopsias, acompañado de cefalea y náuseas. Presenta infección pasada por SARS-CoV-2, confirmada por serología. Se objetiva una agudeza visual sin corrección (AVs/c) de 0.8 en el ojo derecho (OD) y de 0.7 en el ojo izquierdo (OI), y región macular aparentemente estructurada al fondo de ojo, aunque con depósito central foveal en OI, sin otros hallazgos. No focalidad neurológica. Valorada por Neurología, realizan TC craneal con resultado normal, concluyen el episodio de cefalea de etiología tensional. En valoración en Consulta de Retina se objetiva una AVs/c de 1.0 en OD y de 0.63 en OI, constatándose en la OCT macular una desestructuración de capas externas foveal, peor en el ojo izquierdo, sin edema asociado. OCT papilar normal. Se realiza Campo visual (CV), siendo normal en el OD, y en el OI se encuentran 2 puntos paracentrales superiores. En la Autofluorescencia se constata hipoautofluorescencia marcada en región macular, sobretodo en el ojo izquierdo. En la última revisión, a los dos meses del inicio de los síntomas, presenta una AV s/c de 1.0 en OD y 0.9 en OI; OCT papilar y macular normal en AO; CV en OD normal y en OI se objetiva un punto paracentral superior; y autofluorescencia prácticamente normal en AO.

Conclusión: En este caso se sospecha que puede haber una relación entre la infección pasada por SARS-CoV-2 y la aparición de maculopatía, dado que no existe otro antecedente conocido. Se necesita una amplia serie de casos para determinar si existe realmente una verdadera asociación entre ambos.



PCC105 EXCAVACIÓN FOCAL COROIDEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Famara DOBLADO SERRANO, Sergio PÉREZ DE PAZ, María IBÁÑEZ RUIZ, Bruno CASCO SILVA, Silvia Beatriz de MIGUEL MARTÍN, Laura ALONSO MARTÍN

Introducción: La excavación focal coroidea (EFC) es un área de adelgazamiento y concavidad coroidea en ausencia de ectasia escleral, estafiloma posterior o desprendimiento del epitelio pigmentario de la retina (EPR) que puede detectarse y clasificarse mediante tomografía de coherencia óptica (OCT). Esta entidad se engloba dentro del espectro de enfermedades paquicoroideas y desórdenes cavitacionales de la coroides, caracterizados por la alteración en el complejo fotorreceptor, EPR y coroides que pueden suponer una potencial secuela visual.

Caso clínico: Mujer de 45 años con alteración visual por metamorfopsias en el ojo izquierdo (OI) de inicio subagudo. Sin antecedentes oftalmológicos previos de interés. La agudeza visual en OI es de 0,8. En los hallazgos fundoscópicos se aprecia una lesión blanco amarillenta yuxtafoveal superior con alteraciones hipopigmentarias. La OCT muestra la existencia de una concavidad coroidea focal con las capas retinianas externas en aposición, arquitectura retiniana conservada y mayor reflectividad de la coroides, que confirma el diagnóstico de excavación focal coroidea conforme. Para su evaluación clínica realizamos retinografías de campo ultraplano, imágenes de autofluorescencia y OCT en modo EDI seriadas durante 8 meses para notificar los cambios evolutivos. La exploración física del ojo derecho estaba dentro de la normalidad.

Conclusión: LA EFC es una entidad infrecuente y su origen es desconocido (congénito o coroiditis adquirida). A menudo está asociada a patologías que pueden empeorar el pronóstico visual del paciente, de hecho, en la localización de la lesión se han documentado el desarrollo de neovascularización coroidea, coriorretinopatía serosa central y degeneración macular asociada a la edad por lo que resulta fundamental el empleo de OCT en la detección de esta entidad y de las posibles futuras complicaciones asociadas.



PCC106 IMAGEN MULTIMODAL EN COMPLEJO ANÓMALO VASCULAR NO-EXUDATIVO PERIFOVEAL «NEPVAC»

Rocío FALCÓN ROCA, Hugo E. TAPIA QUIJADA, Carla ARTEAGA HENRÍQUEZ

Introducción: El complejo anómalo vascular exudativo perifoveal (PEVAC, por sus siglas en inglés) es definido como una anomalía aneurismática unilateral, aislada, perifoveal, exudativa que ocurre en individuos sanos y también en pacientes con DMAE o miopía patológica. Presentamos el caso con estudio con imagen multimodal en un varón con la etapa pre-exudativa de PEVAC denominado PVAC no exudativo (nePVAC).

Caso Clínico: Resultados: Varón de 63 años, sin antecedentes de importancia, con agudeza visual de 0.9 en ambos ojos. Facoesclerosis bilateral. Fundoscopia del ojo derecho (OD) normal y en el OI con pequeña hemorragia intrarretiniana perifoveal sin otros hallazgos asociados. El estudio con imagen multimodal incluyó OCT SD, AGF y ICGA y OCTA. Confirmándose la presencia de una dilatación aneurismática grande que se correspondía con la hemorragia intrarretiniana en la región perifoveal. La OCT SD del OI mostró la dilatación aneurismática como una lesión perifoveal hiperreflectiva intrarretiniana con un incipiente espacio quístico adyacente. La AGF evidenció bien la lesión en región perifoveal temporal sin signos de fuga tardía. El estudio con ICGA no mostró alteraciones vasculares coroideas. La OCTA mostró dos lesiones aneurismáticas perifoveales bien definidas una temporal y la otra inferior, en ambas el flujo era detectable en el plexo vascular superficial (PVS). En función de los rasgos característicos de los estudios de imagen se realizó el diagnóstico de PEVAC sin exudación (nePVAC). Se ha mantenido actitud expectante y tras dos años de seguimiento la lesión se ha mantenido estable sin afectación visual ni cambios exudativos.

Conclusión: La nePVAC puede representar la etapa preexudativa subclínica del PEVAC, que se destaca por la ausencia de exudación o discapacidad visual nePVAC y PEVAC deben considerarse como parte del mismo espectro.



PCC107 PÉRDIDA SÚBITA DE AGUDEZA VISUAL EN PACIENTE JOVEN, DIABÉTICO Y DROGADICTO, A PROPÓSITO DE UN CASO

José Ignacio FERNÁNDEZ CHOQUET DE ISLA, Marta VILLALBA GONZÁLEZ, Indira Vanessa STOIKOW PINO, Francisco Antonio PUGLIESE ROJAS, Ana SANZ ZORRILLA

Introducción: La diabetes mellitus es una epidemia mundial que afectará a 640 millones de personas en 2040.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 25 años que refiere pérdida de agudeza visual de dos días de evolución en el ojo izquierdo. No refiere traumatismo ni otro antecedente de interés. El paciente tiene diabetes tipo 1 desde hace 10 años con muy mal control metabólico, en tratamiento con insulina.

En la exploración vemos signos de retinopatía diabética proliferativa en el ojo derecho, con neovasos en cuadrantes temporal inferior y nasal superior, arrosariamiento venoso, presencia de anomalías microvasculares intraretinianas (IRMAs) y exudado algodonoso peripapilar. El ojo izquierdo presentaba una hemorragia prerretiniana, con ruptura de la hialoides posterior (hemovítreo) y un macroaneurisma en el cuadrante temporal superior con oclusión de rama venosa asociada.

AVCC OD: 0.6 AE 0.7 / OS 0.3

PIO OD 16 mmHg / OS 15 mmHg

BMC: No rubeosis iridiana ni presencia vascularización en el ángulo iridocorneal.

OCT macular OD normal y OI no se pudo realizar debido a la retinopatía avanzada en ambos ojos, se trató al paciente con una inyección de anti-VEGF (ranibizumab) en el ojo izquierdo y se realizó una panfotocoagulación en el ojo derecho.

Después de una semana, la agudeza visual mejoró en el ojo derecho a 1.0 y permaneció estable en el ojo izquierdo. En la última visita no pudimos realizar la funduscopia en el ojo izquierdo debido a un hemovítreo completo. En ese momento se decidió realizar una vitrectomía del ojo izquierdo. El ojo derecho permanece estable sin signos de progresión.

Conclusión: La retinopatía diabética avanzada puede desarrollar enfermedades vasculares como un macroaneurisma. El macroaneurisma puede causar hemorragia, exudación subretiniana, prerretiniana e intrarretiniana. El macroaneurisma puede producir ruptura focal de la barrera hematorretiniana y producir edema macular crónico, entre otros cuadros.



PCC108 ALTERACIONES RETINIANAS RELACIONADAS CON LA GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOPROLIFERATIVA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Ronell FERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, Isaac ALARCÓN VALERO

Introducción: Presentamos el caso de una paciente con alteraciones retinianas secundarias a una glomerulonefritis membranoproliferativa (GNMP).

Caso Clínico: Paciente mujer, de 55 años, que presenta como antecedente patológico destacable una GNMP que requirió la realización de un trasplante renal de donante vivo emparentado hace más de 20 años, con función renal posterior excelente. La paciente, sin embargo, es diagnosticada de una recurrencia de su GNMP en contexto de un empeoramiento de su función renal.

Cinco meses después del diagnóstico la paciente acude a urgencias de oftalmología refiriendo disminución de agudeza visual en ambos ojos de 4 años de evolución, con un deterioro más marcado en los últimos 6 meses. La agudeza visual durante la visita fue de 0.2 en ojo derecho y 0.6 en ojo izquierdo. En el examen con lámpara de hendidura de segmento anterior solo se observa facoesclerosis. El examen de fondo de ojo revela la presencia de abundantes drusas de pequeño y mediano tamaño en periferia media de ambos ojos, así como una alteración del epitelio pigmentario de la retina en la región macular.

La OCT macular reveló la presencia de varios focos de desprendimiento de retina neurosensorial. Adicionalmente, se realizó un estudio de angiografía con fluoresceína que evidenció la presencia de puntos de fuga dispersos asociados a un engrosamiento de la membrana de Bruch. Se orienta el caso, entonces, como un desprendimiento de retina neurosensorial secundario a la enfermedad renal de la paciente.

Conclusión: La GNMP es una enfermedad poco frecuente, presentándose típicamente en adolescentes y adultos jóvenes como un deterioro progresivo de función renal. A esta enfermedad se han relacionado varias alteraciones retinianas, siendo la manifestación más común la presencia de drusas al examen de fondo de ojo. Existe poca evidencia sobre las opciones terapéuticas en estos pacientes, por lo que el tratamiento debe ser individualizado a cada caso.



PCC109 CAMBIO TEMPRANO AL IMPLANTE INTRAVÍTREO DE FLUOCINOLONA (ILUVIEN®) EN EDEMA MACULAR DIABÉTICO BILATERAL

Isora FOLLANA NEIRA, Rosalía DEMETRIO PABLO, Álvaro LOZA SIERRA

Introducción: El Edema Macular Diabético (EMD) es una complicación asociada a la retinopatía diabética, donde resulta necesario el control del paciente a largo plazo para evitar periodos de infratratamiento y recurrencias que ocasionarían un deterioro visual.

Presentamos el caso de una paciente con edema macular diabético tratada con un implante de fluocinolona en ambos ojos (AO) tras un solo implante de dexametasona.

Caso clínico: Paciente de 74 años con diabetes tipo II y retinopatía diabética proliferativa con EMD en ambos ojos desde julio del 2018. Tras su diagnóstico, la paciente recibió láser focal y panfotocoagulación en AO, así como terapia anti-VEGF (10 inyecciones de aflibercept en cada ojo). Tras varios tratamientos con anti-VEGF, se decidió administrar un único implante intravítreo de dexametasona que permitió la resolución del edema durante 4 meses. Tras la buena respuesta anatómica y funcional al corticoide, se decidió cambiar al tratamiento de larga duración con implante intravítreo de fluocinolona. Previo a la administración del implante de AcF, la exploración destaca una agudeza visual mejor corregida (AVMC) de 0,3 en AO y un grosor central de la retina (GCR) en el ojo derecho de 470 μm y en el ojo izquierdo de 517 μm . En el momento actual, transcurridos 6 meses desde la administración del implante de AcF en el ojo derecho y 9 meses en el ojo izquierdo, la paciente ha mejorado su AVMC en AO (0,7) y presenta un GCR de 204 μm en ojo derecho y 221 μm en el ojo izquierdo.

Conclusión: Este caso sugiere que el cambio temprano al implante de AcF permite la resolución completa del EM y una mejoría significativa de la visión, manteniendo un control a largo plazo de la patología y evitando los posibles efectos adversos asociados a las recurrencias del EM.



PCC110 MACULOPATÍA POR LÁSER: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Silvia GARCÍA FAU, Sonia FERRER GUILLÉN, Dana SWEISS DAHLEH

Introducción: Los daños retinianos por radiaciones láser son muy frecuentes. El tiempo de exposición al láser, la potencia y longitud de onda de su haz son los factores más importantes de daño. El abanico de lesiones descrito es amplio y la recuperación visual final muy variable.

Casos clínicos: Caso clínico 1: Varón de 11 años que refiere visión de mancha blanca fija en el centro del campo visual (CV) de su ojo izquierdo (OI) desde hace 3 días cuando fue apuntado con un puntero láser. Su agudeza visual (AV) sin corrección (sc) era de 1/0,8. En el fondo de ojo (FO) tan solo se apreciaba una hemorragia foveal de 500 micras. En la OCT macular (OCT-M) se observa una zona densa hiperreflectiva parafoveal nasal en capas internas de la retina correspondiente a la hemorragia. Tras 12 días, en la OCT-M aparece una pequeña interrupción de la capa de fotorreceptores (FR) y membrana limitante externa (MLE) a nivel foveal. Se decide realizar observación periódica sin tratamiento. A los dos meses la AV era de 1 y el perfil foveal en la OCT macular se había normalizado.

Caso clínico 2: Varón de 39 años que refiere escotoma central en el CV de su OI desde hace 2 días. Como único antecedente refiere el inicio del cuadro tras una sesión de «light painting» en la que un rayo láser de color azul, adquirido en internet, se reflejó en un espejo y lo deslumbró a través del objetivo de la cámara durante menos de un segundo. Su AV sc era de 1/0,5. En el FO se observó una pequeña lesión blanquecina en el área foveal de 200 micras. En la OCT-M existe un edema subfoveal que parece afectar a todas las capas de la retina. Tras 2 semanas la AV ha mejorado a 0,7 y la lesión foveal parece estar evolucionando a un agujero macular lamelar.

Conclusión: Los punteros láser representan un peligro potencial para la retina. El principal problema es el desconocimiento de la población acerca del tipo de láser empleado y la venta incontrolada en internet de láseres capaces de provocar daños irreparables en la retina.



PCC111 EMBOLECTOMÍA QUIRÚRGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Sandra GÓMEZ PERERA, Rocío FALCÓN ROCA

Introducción: Las embolias arteriales retinianas suponen una de las principales causas de oclusiones de arterias retinianas, se han descrito numerosas técnicas y procedimientos para conseguir el desplazamiento del émbolo y lograr la reperusión de la retina aunque ninguna medida ha demostrado ser la más eficaz.

Caso Clínico: Presentamos un caso de oclusión de arteria central de la retina con visualización de émbolos a nivel de las ramas arteriales temporales y conservación de la circulación cilioretiniana. Se trata de un varón de 69 años que consulta por pérdida súbita e indolora de gran parte del campo visual del OD acudiendo a consulta a las 2h del comienzo de los síntomas. Entre sus antecedentes era fumador 1 puro/día, había sido sometido a una endarterectomía de carótida derecha 7 años antes. Intervenido de catarata del OD y en seguimiento por una MER OD. Pese a la pérdida visual tan manifiesta que relataba el paciente y comprobada en la campimetría por confrontación, conseguía llegar a 0.7 difícil y buscando. Dado que el tiempo de evolución era corto y las técnicas no invasivas como el masaje con Goldman y la disminución de la PIO, no consiguieron restaurar el flujo sanguíneo, se decidió realizar una cirugía urgente para descomprimir la cavidad vítrea y realizar una embolectomía quirúrgica.

Conclusión: La embolectomía quirúrgica es una técnica descrita desde 1990, los resultados son variables. Dada la escasa incidencia de casos que acuden a urgencias en un tiempo óptimo para un abordaje eficaz, no tenemos la suficiente experiencia y el resultado visual en este caso no fue el deseado. Aun así consideramos que es un procedimiento a valorar en los casos en los que el émbolo se visualiza y se dispone de material adecuado.



PCC112 RADIOTERAPIA OCULAR BILATERAL EN LEUCEMIA AGUDA MIELOBLÁSTICA (LAM)

Ángela GONZÁLEZ ALONSO, Gerardo Pedro GARCÍA GARCÍA, Angi Lizbeth MENDOZA MOREIRA, David Ismael GIJÓN CARRETERO, José BELDA MÁRQUEZ, Marina MORILLAS FRANCO

Introducción: Las leucemias agudas son neoplasias malignas que cursan con proliferación de células hematopoyéticas inmaduras en médula ósea con posterior invasión de otros tejidos.

La afectación ocular por leucemia puede ser debida con mayor frecuencia a cambios reológicos sanguíneos, consecuencia de la anemia, trombopenia e inmunosupresión. La infiltración leucémica primaria ocular es rara y puede suponer la primera manifestación de la enfermedad.

Presentamos el caso de una paciente con infiltrados leucémicos coriorretinianos bilaterales como manifestación inicial de recaída de LAM, con buena respuesta a radioterapia ocular.

Caso clínico: Mujer de 21 años con LAM en remisión completa, acudió al servicio de urgencias por metamorfopsias en ojo izquierdo de 24 horas de evolución.

La agudeza visual era de unidad en ambos ojos. En el examen fundoscópico se objetivó en el ojo derecho dos focos coriorretinianos en área macular sin afectación foveal y en el ojo izquierdo un foco coriorretiniano parafoveal. La paciente fue ingresada en Hematología donde se descartaron infecciones oportunistas y se administraron varias líneas de quimioterapia intratecal y sistémica sin resolución de las lesiones oculares.

Se decidió radioterapia externa focal en coroides y retina, realizándose 10 sesiones fraccionadas con una dosis total en ambos ojos de 20 Gy. La paciente presentó buena respuesta a la radioterapia con mínima toxicidad ocular.

Conclusión: Las manifestaciones oculares por leucemias agudas pueden ser la forma de presentación inicial o de su recaída, siendo capaces de afectar a cualquier estructura ocular.

Ante compromiso oftalmológico es determinante descartar infecciones oportunistas y diferenciar si se trata de alteraciones hematológicas propias de su enfermedad o si existe infiltración tumoral directa.

La radioterapia externa ocular puede ser una herramienta terapéutica útil en casos de infiltración leucémica directa que no han respondido a quimioterapia.



PCC113 TRATAMIENTO DE METÁSTASIS COROIDEA CON BEVACIZUMAB: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ángela HERNÁNDEZ TEJERO, Inmaculada ORTEGA CANALES, Belén FERNÁNDEZ CARRILLO, Bernardo FERNÁNDEZ DE ARÉVALO

Introducción: Las metástasis coroideas constituyen el tumor maligno ocular del adulto más frecuente debido a la alta vascularización de la coroides. Los cánceres de mama (40-47%) y de pulmón (21-29%) son los tumores primarios que con mayor frecuencia dan lugar a estas metástasis. Hasta en $\frac{1}{3}$ de los pacientes los síntomas visuales debido a metástasis pueden ser la primera manifestación. El tratamiento depende del estado sistémico del paciente así como del número, localización y lateralidad de las lesiones.

Caso clínico: Varón de 57 años que acude a urgencias por disminución de AV en OI de meses de evolución. AP de Adenocarcinoma pulmonar de LSI estadio IV-C con múltiples metástasis en tto con QT sistémica

AV (SC): OD: 0.4 E: 1 / OI: 0.15 E: 0.5

BMC: polo anterior normal

FO OI: lesión amarillenta subretiniana que ocupa todo el polo posterior con dispersión de pigmento suprayacente, ligeramente sobrelevada compatible con metástasis OCT mácula OI: LSR en toda la zona de la lesión descrita con irregularidad a nivel corioideo. De manera consensuada con Oncología se decide inicio de tratamiento con AVT mensual y RMN cerebral donde no se objetivan mtx coroideas pero si lesiones supra e infratentoriales compatibles con mtx.

Conclusión: Dado que las metástasis coroideas son el tumor maligno ocular más frecuente y el hecho de que puedan ser la primera manifestación de un tumor desconocido hasta el momento, hacen que ante la más mínima sospecha por parte del oftalmólogo de una metástasis ocular se deba indagar acerca del origen.

Su presencia indica un peor pronóstico de la enfermedad ya que suelen aparecer en estadios avanzados; por lo que en función del estadio del tumor primario, las características de la metástasis así como del estado del paciente se decidirá el tratamiento a seguir ya que hay múltiples opciones terapéuticas que se deben valorar y ajustar a la situación del paciente (teniendo en cuenta tanto la supervivencia como la calidad de vida).



PCC114 HEMORRAGIA PRERRETINIANA MACULAR BILATERAL EN APLASIA MEDULAR EN CONTEXTO DE ENFERMEDAD POR COVID-19

Julia JORDANO ALMOGUERA, Nahed EL ABDELLAH HAJJI, Manuel GARCÍA MARTÍNEZ, Alberto MECA REQUEJO, José Luis BASURTE BAUTISTA, Cristina ESCORIAL ALBENDIZ

Introducción: Las causas de aplasia medular pueden ser: idiopática, toxicidad medicamentosa, procesos tumorales, enfermedades autoinmunes o infecciones virales. Entre los hallazgos oftalmológicos encontrados en los pacientes con dicha patología destacan hemorragias retinianas y prerretinianas, manchas de Roth, exudados algodonosos y hemovítreo.

Caso clínico: Hombre de 55 años sin antecedentes personales previos. Ingresado en Hematología por aplasia medular en contexto de enfermedad por COVID-19. Consulta en Oftalmología por miodesopsias y visión borrosa en su ojo derecho. Durante el examen oftalmológico se evidencian hemorragias subhialoideas-prerretinianas bilaterales, con mayor afectación de la zona foveal en ojo derecho. Debido a la baja agudeza visual (AV) observada en ojo derecho (cuenta dedos a un metro), se decide tratamiento mediante vitrectomía posterior vía pars plana, que consiste en pelado membrana limitante interna y limpieza de las hemorragias. Dos semanas después presenta afectación visual en su ojo izquierdo, por lo que se decide realizar el mismo tratamiento quirúrgico. La recuperación visual del paciente fue inmediata tras las vitrectomías en ambos ojos (AV final 1 ambos ojos), sin afectación anatómica del perfil foveal y sin aparición de nuevas recidivas.

Conclusión: En el contexto de una pancitopenia por aplasia medular la presencia de hemorragias subhialoideas premaculares produce pérdida visual repentina que puede prolongarse en el tiempo al producir toxicidad retiniana. Se debe individualizar para cada paciente el tratamiento más adecuado. Así mismo tener en cuenta la importancia del abordaje conjunto con Hematología para tratar la enfermedad de base y conseguir la estabilización analítica preoperatoria.



PCC115 MACULOPATÍA EN TORPEDO. DIAGNÓSTICO MULTIMODAL

Celia LEAL CAMARENA, Julia BONVÍN GÓMEZ, Magdalena SOTOMAYOR TORIBIO, María de los Ángeles ESPIÑEIRA PERIÑÁN, Antonio MORUNO RODRÍGUEZ

Introducción: La Maculopatía en Torpedo (MT) constituye una entidad congénita poco frecuente que afecta al epitelio pigmentario de la retina (EPR). Su patogénesis no es bien conocida, habiéndose postulado un defecto congénito del EPR y de la vascularización coroidea. Típicamente se describe como una lesión solitaria hipopigmentada temporal a mácula. Se trata de una lesión plana, oval que recuerda a un torpedo apuntando hacia la fovea, presentando una forma muy característica. Puede ir acompañada de lesiones satélites. Generalmente asintomática, permanece estable a lo largo del tiempo. En algunas ocasiones se ha descrito asociada a neovascularización coroidea.

Caso clínico: Presentamos dos casos de MT en dos mujeres de 72 y de 48 años de edad, una en el OD y otra en el OI. En ambos casos se presentaron como lesiones hipopigmentadas en forma de torpedo con la punta señalando a la fovea y una estructura en forma de cola con elementos satélites. Las lesiones fueron estudiadas mediante imagen multimodal que incluyó fotografía de fondo, infrarrojo, autofluorescencia, OCT, angio-OCT, modo En-face y angiografía fluoresceínica. La OCT mostró un adelgazamiento y/o disrupción de las capas externas retinianas (capa nuclear externa, elipsoide y zona de interdigitación) y del EPR. La angio-OCT puso de manifiesto una atenuación de la coriocapilar en la zona correspondiente a la lesión. Hallazgos similares se encontraron en la cola y en las lesiones satélites.

Conclusión: El estudio multimodal de la MT permite una mejor comprensión de las alteraciones observadas en esta entidad, y, por tanto, una mayor aproximación a la patogénesis de la misma. En el diagnóstico diferencial debe considerarse los nevus corioides hipopigmentados, cicatrices coriorretinianas o la hipertrofia congénita del EPR.



PCC116 DOS CASOS DE LUXACIÓN A CÁMARA ANTERIOR DE IMPLANTE INTRAVÍTREO DE DEXAMETASONA EN PSEUDOFÁQUICA CON AUSENCIA CAPSULAR

Alberto LÓPEZ ALACID, Pedro Esteban QUÍLEZ FRANCO, Juan Antonio MIRALLES DE IMPERIAL OLLERO

Introducción: Presentamos dos casos de implantes intravítreos de dexametasona luxados a cámara anterior en ausencia capsular.

Caso clínico: La primera paciente, de 67 años, acude a consulta para revisión de cirugía de DSAEK y recambio de lente con colocación de lente mediante técnica Yamane en el ojo izquierdo. A la paciente se le administró el implante intravítreo de dexametasona en el ojo izquierdo 24 días antes por edema macular pseudofáquico. En la revisión se observa el implante en la cámara anterior y edema corneal, la agudeza visual en dicho ojo es de cuenta dedos a un metro y la presión intraocular de 28mmHg. Se decide intervenir para extraer el implante. Se intenta extraer con pinzas, pero es demasiado friable, y se retira mediante irrigación-aspiración. La presión intraocular es regulada con colirio de dorzolamida/timolol y se administra triamcinolona periocular. La segunda paciente, de 69 años, acude a urgencias. A la paciente se le administró el implante intravítreo de dexametasona en ojo derecho 10 días antes por edema macular pseudofáquico, y fue intervenida previamente de luxación de lente a vítreo con implante de lente de apoyo angular y de desprendimiento de retina en dicho ojo. A la exploración del ojo derecho se aprecia el implante en la cámara anterior. La agudeza visual es de 0.05 en dicho ojo y la presión intraocular de 16mmHg. Se intenta la recolocación del implante mediante colirios midriáticos y posición de Trendelenburg, sin éxito, por lo que se interviene a los dos días, se retira el implante con pinzas, y se administra triamcinolona periocular.

Conclusión: Ambos casos presentan ausencia capsular que favorecen la migración anterior del implante de dexametasona. En estos pacientes debe actuarse con rapidez para preservar el endotelio corneal. El edema corneal mejoró tras retirar el implante y la visión regresó a la previa al episodio, 0,05 en la primera paciente y 0,15 en la segunda. Persiste el edema macular tras dos semanas.



PCC117 SÍNDROME TRIANGULAR DE AMALRIC, COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN PACIENTE CON FOTOPSIAS

Carolina Andrea MARTÍNEZ BARRIOS, Renzo Renato PORTILLA BLANCO, Alicia ALCUAZ ALCALAYA, Lourdes MACÍAS MOLINERO

Introducción: La isquemia coroidea suele recibir menos atención que la enfermedad vascular (EV) retiniana. Las arterias ciliares posteriores (ACP) cortas y largas irrigan la coroides en forma de cuña que apunta desde el ecuador hacia la macula. El signo triangular de Amalric, corresponde a una zona de infarto coroideo, por una oclusión total o parcial de las ACP.

Caso clínico: Mujer de 39 años, sin antecedentes de interés, consulta por fotopsias en ojo izquierdo (OI). Presentaba agudeza visual de 1 en ambos ojos, biomicroscopía normal y en el fondo de ojo (FO) del OI destacan alteraciones pigmentarias granulares grisáceas peripapilares, con lesiones blanquecinas granulares agrupadas en distribución de cuña en zona nasal y otras de menor tamaño inferior, FO derecho normal. El campo visual mostró aumento de mancha ciega en OI, en la OCT macular el perfil foveal está conservado y los infiltrados se ubican en las capas internas. En la Angiografía (AGF) fluoresceínica hay efecto ventana en dos de las lesiones, sin signos de vasculitis y la AGF verde indocianina evidencia mínimos defectos de llenado en la zona de lesiones. Con estudio de autoinmunidad y de coagulación normales, ecodoppler carotídeo normal. Tras estos resultados, se sospecha una secuela de un infarto coroidal triangular de Amalric (ICTA).

Conclusión: El sospechar en un ICTA, implica descartar trastornos sistémicos asociados como arteritis de células gigantes, hipertensión (HT) maligna, HT inducida por el embarazo, EV del colágeno y enfermedades hematológicas, así como EV locales que incluyen patología de la arteria carótida, traumatismo y láser.

Existen muy pocos casos descritos, lo que limita el conocimiento sobre el espectro de sus manifestaciones. Nuestro caso es particular, pues no se evidencia patología asociada y porque fue un hallazgo incidental en una etapa cicatricial de esta entidad.



PCC118 MACULOPATÍA MEDIA AGUDA PARACENTRAL (PAMM): A PROPÓSITO DE UN CASO

Raúl MARTÍNEZ CASTILLO, M.^ª del Carmen GONZÁLEZ GALLARDO, José Luis GARCÍA SERRANO

Introducción: La maculopatía media aguda paracentral (PAMM) es un hallazgo en la tomografía de coherencia óptica que se observa en pacientes con isquemia capilar retiniana y escotomas persistentes inespecíficos. La PAMM ocurre como un fenómeno aislado o como una complicación de una vasculopatía retiniana subyacente o enfermedad sistémica.

Caso clínico: Varón de 63 años fumador derivado de otro centro por posible desprendimiento de vítreo en ojo izquierdo. Como antecedentes oftalmológicos tuvo un desprendimiento de retina en ojo derecho de posible etiología infecciosa. Desde hace 24h refiere presentar un escotoma en ojo izquierdo de progresivo empeoramiento, sin otra sintomatología asociada.

A la exploración presenta una agudeza visual en ojo izquierdo (1.00-20/20), ojo derecho (0.05-20/400). Sin alteración en la motilidad ocular intrínseca ni extrínseca. En la biomicroscopia la exploración del polo anterior resultó anodina.

En el fondo de ojo en polo posterior se observaron dos focos de aspecto algodonoso yuxtafoveales inferiores sin alteraciones en árbol vascular ni de retina periférica.

En OCT macular se observan dos bandas hiperreflectantes en retina interna principalmente a nivel de capa nuclear interna(INL).

Durante el seguimiento desaparecen estas lesiones con un posterior adelgazamiento localizado en INL y general de retina interna con una resolución parcial del escotoma.

Conclusión: La PAMM puede ser idiopática e incluso puede desarrollarse en individuos jóvenes y sanos con un examen ocular normal. Sin embargo, en el contexto de PAMM con un fondo de ojo aparentemente sano se debe realizar una evaluación sistémica adecuada para excluir factores de riesgo sistémicos o cardiovasculares, como hipertensión arterial, dislipemia o diabetes. Las lesiones difusas pueden albergar una oclusión oculta de la arteria central de la retina y, sería obligatorio descartar enfermedad carotídea o arteritis de células gigantes.



PCC119 UVEITIS INFLAMATORIA BILATERAL COMO REACCIÓN TÓXICA OCULAR TRAS TRATAMIENTO CON BEVACIZUMAB INTRAVÍTREO (IIV)

Mónica MARTÍNEZ DÍAZ, Antonio DONATE TERCERO, Francisca GONZÁLEZ LÓPEZ, Paula M.^a POZO MARTOS

Introducción: Los fármacos anti-VEGF pueden producir efectos adversos entre los que se encuentran aumento de la PIO e inflamación. Son pocos los casos descritos sobre uveítis e inflamación por toxicidad secundarias al uso de anti-VEGF, en su mayoría asociadas a Brolocizumab (BROZB) y algunos a Aflibercept.

Caso clínico: Mujer de 92 años tratada con Bevacizumab (BEZB)IIV AO por MNV asociada a DMAE. Tras dosis de carga con mejoría parcial y buena tolerancia se prescribe pauta bimestral. 10 días tras la 2^o dosis acude por dolor y enrojecimiento en OI con hiperemia con importante edema corneal y abundantes pKs pigmentados y queratitis. Tyndall 2+ sin vitritis ni vasculitis. PIO 18. Planteamos como dx endoftalmitis vs endotelitis herpética pautándose colirios fortificados de vancomicina y ceftazidima, ciprofloxacino oral, valaciclovir y aciclovir pomada con muy buena evolución por lo que se añade dexametasona tópica a las 72 h con evolución favorable. A los 2 meses se administra la siguiente dosis de BEZB solo en el ojo OD ya que rechaza recibir IIV en OI. Tras 15 días acude de nuevo por dolor ahora en OD con hiperemia, edema corneal moderado y Tyndall 4+, pKs inferiores. Vitritis 2+ con turbidez y velos blanquecinos confirmados en ECO. No se objetiva vasculitis ni en la inspección ni tras realización de angiografía. La paciente se niega a recibir tto antibiótico IIV ni toma de muestras por lo que se pauta moxifloxacino tópico, tobradex, valaciclovir y ciprofloxacino orales. Tras 24 h presenta PIO 28 por lo que se añade timolol. La evolución es buena las siguientes 48h, se añade prednisolona tópica con mejoría significativa por lo que pensamos como primera posibilidad diagnóstica toxicidad por BEZB.

Conclusión: La toxicidad ocular debe entrar dentro del diagnóstico diferencial de ojo rojo y doloroso tras la administración IIV de anti-VEGF. Al igual que se han descrito casos de inflamación ocular asociados a BROZB también pueden existir casos asociados al uso de BEZB.



PCC120 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES VASCULARES DE RETINA Y COROIDES: IMPORTANCIA DE LA IMAGEN MULTIMODAL

Alejandro MORATO GUTIÉRREZ, María BONILLA POZO, María JEREZ FIDALGO, Esther ÁLVAREZ MARTÍN

Introducción: exponemos tres casos de tumores vasculares coriorretinianos, patologías poco frecuentes en la práctica habitual y que suponen un reto tanto diagnóstico como terapéutico en las que resulta fundamental para su manejo la imagen multimodal.

Casos clínicos:

- Hemangioma circunscrito de coroides: paciente que acude a urgencias por miodesopsias. En el fondo de ojo se observa una lesión sobreelevada anaranjada asociada a un desprendimiento de retina seroso. Tras la realización de angiografía fluoresceínica (AGF), retinografía, tomografía de coherencia óptica (OCT) y autofluorescencia (AF) se llega al diagnóstico de hemangioma coroideo.

- Hemangioma capilar yuxtaretiniano: paciente que acude a urgencias por pérdida de agudeza visual y escotoma en el hemicampo superior que presenta defecto pupilar aferente relativo (DPAR). Se visualiza una papila óptica con edema sectorial y hemorragias en astilla; tras pruebas de imagen y analíticas, se clasifica como una Neuropatía óptica Isquémica Anterior No Arterítica (NOIANA). Más tarde en consulta, tras la realización de AFG, OCT y demás pruebas, se llega al diagnóstico de hemangioma yuxtapapilar.

- Tumor vasoproliferativo retiniano: paciente que acude a urgencias por miodesopsias asociadas a escleritis nodular. En el fondo de ojo se detecta un leve hemovítreo adyacente a una lesión blanquecina, sobreelevada en periferia temporal inferior. En consulta, tras toda la batería de pruebas se llega al diagnóstico de tumor vasoproliferativo; dada la tracción severa sobre la mácula que ocasionaba, se practicó Vitrectomía vía Pars Plana (VPP) asociada a criopexia del tumor. El edema macular residual se trató con inyecciones intravítreas de antiangiogénicos (antiVEGF) y corticoides.

Conclusión: los tumores retinianos representan un pequeño porcentaje de casos en la práctica diaria, pero su dificultad diagnóstica y clasificación, relación con otras patologías sistémicas y tratamiento exigen una correcta praxis.



PCC121 SÍNDROME DE INCREMENTO DE CONO-S, LA IMPORTANCIA DEL ELECTORRETINOGRAMA

Enrique RODRÍGUEZ DE LA RÚA FRANCH, Javier PALENQUE SÁNCHEZ, Cristina MÉNDEZ VIDAL, Manuel RAMOS JIMÉNEZ, Isabel RELIMPIO LÓPEZ, María José MORILLO SÁNCHEZ

Introducción: Síndrome de incremento de cono-S (ESCS por sus siglas en inglés) es una enfermedad hereditaria con diverso fenotipo (pigmentación numular, puntos blanco-amarillos, esquisis foveomacular...) pero relativamente estable en el tiempo. ERG podría ser patognomónico y la secuenciación genética guiarnos.

Caso clínico: Describimos el caso de una mujer de 60 años con visión borrosa. Realizamos una completa historia clínica con mejor agudeza visual (BCVA por sus siglas en inglés), electrorretinograma (ERG), campimetría, imagen multimodal (fondo de ojo, tomografía de coherencia óptica (OCT por sus siglas en inglés) y secuenciación genética.

BCVA fue 20/40 en ojo derecho y 20/25 en ojo izquierdo. La paciente presentaba pigmentación numular en ambos ojos siguiendo arcada temporal. El daño en la campimetría coincide con dicha zona.

OCT muestra pequeños quistes en ambos ojos, con normal grosor medio (257,1 mm y 244,5 mm. OCT-angiografía (OCT-A) muestra cambios en la zona avascular foveal (ZAF).

DA 0,01 en ERG es indetectable con un ERG S-cono aumentado con respecto a la normalidad, siendo patognomónico de ESCS.

Conclusión: La secuenciación genética mostró una variante homocigótica c.119-2A>C en el gen NR2E3, el cual está implicado en diversas enfermedades retinianas.



PCC122 COROIDOPATÍA EXUDATIVO-HEMORRÁGICA PERIFÉRICA

Javier PALENQUE SÁNCHEZ, María José MORILLO SÁNCHEZ

Introducción: La coroidopatía exudativo-hemorrágica periférica (PEHCR, por sus siglas en inglés: peripheral exudative hemorrhagic chorioretinopathy) es una enfermedad degenerativa periférica, infradiagnosticada, de etiología desconocida. Se especula con isquemia, fuerzas mecánicas y defectos en la membrana de Bruch como posibles causas.

Caso clínico: La PEHCR se caracteriza por pacientes en edad avanzada (alrededor de 70 años), de raza blanca y con degeneración macular asociada a la edad (DMAE). Suelen tener una presentación en el campo temporal con una bilateralidad de 21,7-24%. La forma de presentación más frecuente es un desprendimiento del epitelio pigmentario hemorrágico periférico (53,6%). El diagnóstico erróneo más frecuentemente asociado es el melanoma de coroides (41,3%).

Conclusión: La PEHCR es característicamente una enfermedad periférica degenerativa, normalmente benigna y autolimitada, tendiendo a la fibrosis o la atrofia. La visión se puede ver afectada debido a hemorragia o exudación que afecta a mácula. Los tratamientos más utilizados son fotocoagulación con láser, crioterapia, medicación antiangiogénica intravítrea o cirugía.



PCC123 MEMBRANA NEOVASCULAR TIPO 1 ANEURISMÁTICA EXTRAMACULAR ASOCIADA A NEVUS COROIDEO

Eduardo Manuel PASTENES ZHILIN, Celestino BAILEZ FIDALGO, Marina RODRÍGUEZ ANDRÉS, María Luz GUARDATI, Pablo SOLER BARTRINA, Lucía Inmaculada SANTANA GARCÍA

Introducción: El nevus coroideo es el tumor intraocular más frecuente en adultos. La asociación con neovascularización coroidea típica es un hallazgo conocido. Sin embargo, la relación con membrana neovascular tipo 1 aneurismática (M1A) está descrita sólo de manera excepcional. El diagnóstico puede ser difícil, siendo relevante el aporte de la imagen multimodal.

Caso clínico: Mujer caucásica de 81 años con nevus coroideo antiguo y estable en ojo izquierdo (OI), que consultó por 3 días de fotopsias. AV corregida fue de 1 (ojo derecho) y 0.7 (OI), con presión intraocular normal, pseudofaquia derecha y catarata inicial izquierda.

El fondo de ojo mostró lesión coroidea suprapapilar ya conocida, plana y con drusas, destacando 3 nódulos rojizos de aspecto polipoideo en sus bordes y desprendimiento neurosensorial (DNS). La tomografía de coherencia óptica (OCT) mostró desprendimientos de epitelio pigmentario (DEPs) digitiformes y extensión del DNS hacia la papila. La ecografía exhibió engrosamiento coroideo y la angiografía fluoresceínica reveló hiperfluorescencia de las lesiones polipoideas con fuga moderada en tiempos tardíos. El verde de indocianina no estaba disponible.

Se planteó M1A como primera opción diagnóstica, decidiéndose inicio de terapia anti-VEGF mediante fase de carga con aflibercept intravítreo. La evolución fue favorable, con desaparición del fluido subretiniano, disminución del tamaño de los DEPs y estabilidad en la AV.

Conclusión: Dada la excepcional asociación de M1A y nevus coroideo, su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha y el apoyo de imagen multimodal. El caso descrito mostró buena respuesta al tratamiento con anti-VEGF, que junto con la observación activa o la terapia fotodinámica, son alternativas conocidas para el manejo de M1A. Existen casos puntuales publicados de M1A asociada a nevus coroideo en los que se utilizaron estas dos últimas opciones con éxito, sugiriendo que también son alternativas razonables en estos pacientes.



PCC124 DISTROFIA EN PATRÓN EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE STEINERT

Francisco José POZO LORENZO, Miriam PASTOR MONTORO, Juan Antonio VALVERDE ESPALLARDO, María Paz VILLEGAS PÉREZ

Introducción: La distrofia miotónica de Steinert es un raro trastorno genético de una proteína quinasa en el cromosoma 19q13 que se hereda de forma autosómico dominante con penetrancia variable y que tiene múltiples manifestaciones sistémicas que varían mucho dependiendo de los pacientes, lo que se ha intentado explicar por la penetrancia del defecto genético. Se caracteriza por atrofia y debilidad muscular, así como por alteraciones oculares, cardiovasculares, neurológicas, digestivas y sexuales. Las manifestaciones oculares más frecuentes son alteraciones de la motilidad ocular y cataratas.

Caso clínico: Varón de 65 años con Distrofia Miotónica de Steinert que presenta cataratas subcapsulares posteriores iridiscentes con una mejor agudeza visual corregida (MAVC) de 0,4 en ambos ojos (AOs). En la funduscopia se observó una acumulación pigmentaria blancoamarillenta, macular y bilateral, con patrón «en alas de mariposa» que presentaba una intensa hiperautofluorescencia envuelta en un fondo hipoautofluorescente con buena correspondencia con los cambios de lipofucsina en el epitelio pigmentario de la retina (EPR) a nivel macular.

Documentamos mediante imagen multimodal y SD-OCT áreas hiperreflectivas entre el complejo EPR-membrana de Bruch y la zona elipsoide de los fotorreceptores, con disrupción a éste nivel, y otras con extensión a la capa nuclear externa, congruentes todas con la distribución pigmentaria observada.

El paciente fue intervenido de cataratas presentando posteriormente una MAVC de 0,8 en AOs.

Conclusión: Aunque las cataratas son frecuentes en la enfermedad de Steinert, solo existen cuatro casos en la literatura, de asociación de esta enfermedad con una distrofia macular en patrón. No se conoce en la actualidad la asociación entre estas dos enfermedades, pues están causadas por distintos defectos genéticos.



PCC125 DESPRENDIMIENTO DE RETINA TRACCIONAL EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE EALES DE LARGA EVOLUCIÓN

Francisco José PRIETO LÓPEZ, José Carlos CASTAÑO SILOS

Introducción: La enfermedad de Eales es una perivasculitis oclusiva idiopática que afecta a la retina periférica y conduce a una falta de perfusión retiniana, aparición de neovasos y de hemorragia vítrea secundaria que puede llevar a desprendimiento de retina traccional y formación de membranas epimaculares y epirretinianas.

Caso clínico: Paciente varón de 43 años, con antecedentes personales de miopía magna, portador habitual de lentes de contacto, enfermedad por reflujo gastroesofágico y tiroiditis de Hashimoto. Entre sus antecedentes oftalmológicos destaca un episodio de vasculitis que se sucedió de dos episodios de hemoviteo en ojo izquierdo (OI) los cuales fueron tratados con fotocoagulación con láser argón en el año 1993. Tras este episodio, la agudeza visual (AV) se mantuvo en la unidad en ambos ojos.

Tras la realización de un estudio completo, no se encuentra enfermedad sistémica asociada ni causa que justifique la isquemia y sangrados intraoculares, por lo que se diagnostica de enfermedad de Eales. En diciembre de 2019 acude a urgencias por disminución de AV en OI (AV OI de 0,5), detectándose en el fondo de ojo envainamiento vascular periférico 360 grados sin inflamación asociada, pseudoagujero macular secundario a membrana epimacular confirmada por OCT y desprendimiento de retina traccional. Tras un período de seguimiento de varios meses sin cambios en la agudeza visual, se decide intervención quirúrgica mediante vitrectomía, peeling de membranas, fotocoagulación y hexafloruro de azufre con reposo en decúbito prono. Tras ello, la retina permanece aplicada y la AV estable, 0,9 en ojo izquierdo y unidad en el derecho.

Conclusión: La enfermedad de Eales cursa en la mayoría de los casos de forma asintomática en la fase inflamatoria y de oclusión. En fases tardías, tras hemorragias vítreas de repetición, puede llevar, como es el caso de nuestro paciente, a la aparición de membranas epimaculares y epirretinianas y desprendimiento de retina traccional.



PCC126 GRAN TUBERCULOMA COROIDEO SIMULANDO MASA TUMORAL

Carla María RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, Jesús SUÁREZ PÉREZ, Antonio GALVÁN LEDESMA, Beatriz LECHÓN CABALLERO, Carolina FRANCO RUEDAS

Introducción: Presentamos un raro caso de un gran tuberculoma coroideo con desprendimiento de retina exudativo asociado en un paciente joven inmunocompetente. Los hallazgos oculares fueron la primera manifestación de una enfermedad diseminada.

Caso clínico: Varón de 23 años de edad originario de Mali, que acude con pérdida de agudeza visual (AV) y dolor en ojo derecho (OD), sin patologías previas ni otros síntomas. El paciente se encontraba afebril y con buen estado general. La AV era de percepción de luz en OD y 20/20 en ojo izquierdo (OI). En el polo anterior se observó una intensa reacción inflamatoria. En el fondo destacaba una lesión blanco amarillenta de gran tamaño asociada a un extenso desprendimiento de retina exudativo. La exploración del OI fue normal. La ECO mostró una lesión coroidea bilobulada de gran tamaño compatible con melanoma coroideo. El estudio se completó con OCT, AGF y RMN. En humor vítreo no se detectó ADN de *M. tuberculosis*. El estudio sistémico incluyó serología y analítica, pruebas de imagen y tuberculina

Tras la enucleación, la anatomía patológica mostró una inflamación granulomatosa necrotizante coriorretiniana compatible con tuberculoma coroideo. La RMN y TC realizadas posteriormente revelaron la afectación diseminada tuberculosa a cerebelo, calota craneal, pulmón y esqueleto axial.

Conclusión: La tuberculosis ocular puede mostrar diferentes presentaciones, que incluyen la aparición de una masa coroidea simulando una neoplasia ocular. El absceso subretiniano constituye una rara manifestación (1% de los casos), que aparece generalmente en pacientes con condiciones predisponentes como la inmunosupresión. En áreas endémicas, el absceso subretiniano tuberculoso simulando una masa coroidea, puede ser la primera pista de una enfermedad diseminada. Se requiere por tanto, un alto índice de sospecha para el diagnóstico del absceso subretiniano por tuberculosis, especialmente cuando aparece sin otras manifestaciones de la enfermedad.



PCC127 ERAPIA COMBINADA COMO TRATAMIENTO EN TROMBOSIS VENA CENTRAL DE LA RETINA CON EDEMA MACULAR EN UN PACIENTE CON INFECCION SARS COV2: A PROPOSITO DE UN CASO

María del Monte Carmelo ROJO ARNAO, M.^a de los Ángeles GONZÁLEZ GARRIDO, Miguel Ángel GALLEGRO DOMINGO, Ricardo MENOYO CALATAYUD, Giovanni YÁÑEZ CASTRO

Introducción: Trombosis venosa central (TVC) con edema macular (EM), como complicación de infección SARS CoV 2 asintomático, manejada con tratamiento intravítreo combinado con implante de dexametasona (ID) mas antiVEGF.

Caso clínico: Varón 65 años sin factores de riesgo con visión borrosa en el OI en las últimas semanas. Refería período previo de 3 semanas de fatiga durante la pandemia de COVID-19. Su mejor agudeza visual corregida (MAVC) en OI era cuenta dedos a 2 metros, con defecto pupilar aferente relativo. El fondo de ojo mostró tortuosidad y dilatación venosa, exudados y hemorragias en los cuatro cuadrantes, edema de papila y EM. La tomografía óptica de la coherencia (OCT) reveló EM cistoide y desprendimiento neurosensorial, y la angiografía-OCT (OCT-A) áreas de isquemia periférica superiores sin neovascularización. El paciente presentaba leucopenia sin trombocitopenia u otros marcadores del hipercoagulabilidad. La PCR para el SARS-CoV-2 fue negativa, pero el test rápido de anticuerpos IgG/IgM fue positivo para ambos, indicando infección reciente.

Se realizó inyección intravítrea de ID por las características inflamatorias del EM, combinado con 3 inyecciones de Ranibizumab por las áreas de isquemia desde el primer mes, mejorando mucho tanto AV (hasta 0,7) como EM. La AV disminuyó al cuarto mes a 0,1, con recidiva EM. Se realizó otro ID mas 3 inyecciones mensuales de Aflibercept. La ganancia de AV fue menor (0,5). EM se resolvió, desapareciendo parcialmente las áreas isquémicas. A los 6 meses del segundo ID recibió otra dosis de Aflibercept por leve recidiva del EM.

Conclusión: La TVC puede ser una complicación de SARS CoV2, con desarrollo de una vasculitis retiniana oclusiva. Un test SARS CoV2 IgM/IgG positivo sugiere infección reciente, en un paciente sano con la edad como único factor de riesgo. El estado tromboinflamatorio explica la gravedad inicial de la TVC, con áreas isquémicas y EM, precisando terapia combinada intensiva para mejorar AV.



PCC128 MACULOPATÍA MEDIA PARACENTRAL AGUDA ASOCIADA A OBSTRUCCIÓN DE LA ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA Y DEBUT DE INFARTOS LACUNARES EN EL CENTRO SEMIOVAL IZQUIERDO EN PACIENTE ASINTOMÁTICO NEUROLÓGICAMENTE

Juan Manuel RUIZ CARO LARREA, Miguel Ángel GALLEGO DOMINGO, Ricardo MENOYO CALATAYUD

Introducción: La maculopatía media paracentral aguda (PAAM) es un hallazgo tomográfico que característicamente presenta lesiones en banda hiperreflectantes múltiples o aisladas visibles a nivel de la capa nuclear interna (CNI).

Caso clínico.- Paciente de 75 años con antecedentes de DM II , dislipidemia, aterosclerosis, exfumador, y episodio previo de amaurosis fugax en OI hace 2 años. Refiere pérdida de visión aguda por el ojo izquierdo (OI) de 1 día de evolución sin otro síntoma.

La agudeza visual era cuenta dedos, presentaba un defecto pupilar aferente relativo del OI y en fundoscopia se observaba la «mancha rojo cereza» en el polo posterior. La campimetría 30:2 mostraba un defecto casi total respetando solo la zona peripapilar. El análisis En Face mediante AngioOCT evidenciaba engrosamiento de capas internas y zonas de hipointensidad a nivel de las arcadas vasculares. En los cortes de retina media se observaban zonas de hiperintensidad paramacular y en el corte de la capa de Elipsoides IS/OS , zonas de hipointensidad macular. Los grosores de la capa de fibras nerviosas peripapilar (CFNRp) fueron OD 79 y OI 80 micras. En el ERG la amplitud del componente b en condiciones fotópicas y la respuesta Flicker (30 Hz) se encontraban disminuidas. A los 3 meses la agudeza visual corregida era de 0.7 y en la campimetría visual solo se observaba defectos en nasal inferior y en superior. Ya no se observaban zonas de isquemia en la angioOCT y el grosor de CFNRp era de 65 micras.

Conclusión. Es importante recordar el manejo multidisciplinario ante un paciente con hallazgos típicos de PAAM ya que podría estar asociada condiciones que predispongan a isquemia microvascular, aun cuando no presente sintomatología neurológica, como en este caso. En este caso en particular el manejo y derivación oportuna a neurología y cardiología permitió el diagnóstico y manejo adecuado de patologías subyacentes potencialmente mortales.



PCC129 AGUJERO MACULAR TRAS TRAUMATISMO OCULAR EN EDAD PEDIÁTRICA. MANEJO INICIAL Y SEGUIMIENTO

Pablo SOLER BARTRINA, Lucía I. SANTANA GARCÍA, Zaida MIGUÉLEZ LLAMERA, Eduardo PASTENES ZHILIN, Marina RODRÍGUEZ ANDRÉS, Alicia LÓPEZ CRIADO

Introducción: El traumatismo ocular es la principal causa de ceguera adquirida en los pacientes pediátricos. El agujero macular (AM) de etiología traumática es una complicación poco frecuente descrita en <5% de los casos con un pronóstico visual incierto. La tomografía de coherencia óptica (OCT) es una herramienta básica para el manejo de estos pacientes.

Caso clínico: Varón de 8 años que acude a Urgencias por traumatismo con una banda elástica sobre la órbita derecha. La agudeza visual (AV) es de 0.5 en ojo derecho (OD) sin mejoría con corrección y de la 1.0 en el ojo izquierdo. Se observan abrasiones en el párpado superior derecho, hiperemia conjuntival leve y una cámara anterior formada con celularidad de +2 en OD. El resto de estructuras aparentan íntegras y sin otras secuelas del traumatismo. La retina del OD está aplicada y presenta hemorragias peripapilares y edema retiniano. La OCT del polo posterior derecho revela un AM incompleto de 50 micras de diámetro con ausencia de desprendimiento de vítreo posterior ni de quistes intrarretinianos. Se inicia tratamiento corticoideo tópico y sistémico por el cuadro inflamatorio. Tras una semana de seguimiento, se observa el cierre espontáneo del AM y normalización tanto de la AV, como de los signos inflamatorios.

Conclusión: El manejo del AM post-traumático supone un reto terapéutico en todos los pacientes, especialmente en los pediátricos. Se propone el manejo conservador en estos casos, dada la mayor frecuencia de resolución espontánea que en la población adulta. La ausencia de quistes intrarretinianos y un tamaño reducido del defecto en la OCT podrían estar asociados a una mayor tasa de cierre espontáneo.



PCC130 DISTROFIAS RETINIANAS POR MUTACIONES EN BEST1: DESVELANDO LAS BESTROFINOPATÍAS

Marina SOTO SIERRA, María José MORILLO SÁNCHEZ, Marina GIRÓN ORTEGA, Enrique RODRÍGUEZ DE LA RÚA

Introducción: Las mutaciones en BEST1 representan la primera causa de distrofias hereditarias de la retina por alteraciones en el EPR y pueden derivar en una variedad de enfermedades degenerativas retinianas conocidas como «bestrofinopatías», que incluyen: la distrofia macular viteliforme de Best, la bestrofinopatía autosómica recesiva, la distrofia macular viteliforme del adulto, la retinocoroidopatía vítrea autosómica dominante y la retinosis pigmentaria.

En esta comunicación resaltamos las diferencias entre dos tipos de bestrofinopatías: la bestrofinopatía autosómica recesiva y la coroidoretinopatía vítrea autosómica dominante.

Casos clínicos: Bestrofinopatía autosómica recesiva:

Nos refieren a consulta a un varón de 55 años por reducción progresiva de agudeza visual. Presentaba una agudeza visual mejor corregida de 20/25 en ojo derecho y 20/20 en ojo izquierdo. En el fondo de ojo se apreciaban un moteado de lesiones amarillentas perifoveales. Tanto la autofluorescencia como la angiografía fluoresceínica concordaban con distrofia en patrón. La genética reveló la existencia de una mutación en homocigosis en BEST1 (c.341_342del; p.(Leu114Glnfs*57)).

Retinocoroidopatía vítrea autosómica dominante:

Nos refieren a consulta a una mujer de 74 años con disminución gradual de visión. La agudeza visual mejor corregida era de 20/120 en ambos ojos. En el fondo de ojos apreciaba palidez papilar, atenuación de los vasos, y condensaciones vítreas. Llamaba la atención la existencia de una banda de hiperpigmentación periférica muy bien delimitada con el polo posterior. La autofluorescencia reveló una banda hipofluorescente periférica con respeto de polo posterior. La paciente presentaba una mutación heterocigótica en BEST1 (c. 1241>T).

Conclusión: Las bestrofinopatías son entidades que provocan una pérdida visual irreversible. Es importante continuar la investigación en este campo para, en el futuro, lograr desarrollar tratamientos eficaces para los pacientes.



PCC131 RETINOPATÍA ISQUÉMICA PROLIFERATIVA EN UN PACIENTE CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO

Jesús SUÁREZ PÉREZ, Juan de las MORENAS IGLESIAS, Bosco GONZÁLEZ-JÁUREGUI LÓPEZ, Rocío BARRERA MOYANO, María LUQUE DEL CASTILLO

Introducción: El Síndrome Antifosfolípido (SAF) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la presencia de fenómenos trombóticos, problemas obstétricos y manifestaciones oculares, entre otras. En su patogenia intervienen los anticuerpos anticardiolipina, anti beta-2-glicoproteína-1 y anticoagulante lúpico, cuya presencia es imprescindible para el diagnóstico.

El SAF es más frecuente en mujeres en edad adulta. Hasta el 88% de los pacientes presentan manifestaciones oftalmológicas, destacando las oclusiones vasculares retinianas, neuropatías ópticas isquémicas, parálisis oculomotoras o afectaciones del segmento anterior como conjuntivitis, queratitis, uveítis, y escleritis.

Caso clínico: Paciente de 49 años con disminución de campo visual derecho desde hacía 3 meses. Sus antecedentes incluían HTA gestacional e ictus frontal un año atrás. La mejor agudeza visual corregida era 1.0 y 0.9. La exploración del polo anterior y la PIO fue normal. En el examen de fondo del OD se observaron vasos exangües en polo posterior y periferia con múltiples neovasos retinianos y en papila, y tractos fibrovasculares hacia vítreo.

El estudio sistémico mostró la presencia de VSG > 100 mm, anticoagulante lúpico y anticuerpos anticardiolipina. Dichos hallazgos, tras descartar otras enfermedades, sugirieron el diagnóstico de SAF primario iniciándose tratamiento anticoagulante. Tras estudio oftalmológico completo que incluyó AGF, OCT y OCTA, se realizó panfotocoagulación. Actualmente, la paciente mantiene agudezas visuales de 0.8 a pesar del desarrollo de una MER secundaria.

Conclusión: Ante oclusiones vasculares en pacientes de mediana edad es necesario un exhaustivo estudio oftalmológico y sistémico en busca de una etiología subyacente. El SAF debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de las obstrucciones vasculares en mujeres de mediana edad.

El oftalmólogo desempeña un papel crucial en el adecuado diagnóstico y manejo precoz de las patologías obstructivas vasculares.



PCC132 METÁSTASIS COROIDEA SECUNDARIA A CARCINOMA EPIDERMOIDE DE PULMÓN CON ALTA EXPRESIÓN DE LIGANDO 1 DE MUERTE PROGRAMADA (PD-L1)

Saúl VILLORIA DÍAZ, Jaime Luis DURÁNTEZ CACHARRO, Paola Stefania CALLES MONAR, Ana María ALONSO TARANCÓN, Marina Pilar GONZÁLEZ DE FRUTOS, María Rosa SANABRIA RUIZ-COLMENARES

Introducción: Las metástasis son el tumor intraocular maligno más frecuente en el adulto. La coroides, por su alta densidad de vascularización, es la localización más frecuente.

Caso clínico: Varón de 64 años que refiere pérdida de agudeza visual (AV) desde hace 1 mes en la mitad inferior del campo visual del ojo derecho (OD), sin otra sintomatología asociada.

Como antecedentes médicos destacan múltiples factores de riesgo cardiovascular y un carcinoma epidermoide de pulmón con alta expresión de PD-L1.

A la exploración destaca en el fondo de ojo un edema de papila hiperémico difuso, sin hemorragias en astilla peripapilares.

La analítica con VSG y PCR no mostró alteraciones. Se diagnosticó de neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica (NOIA-NA).

A los 2 meses presentó una AV en OD de percepción de luz y una lesión coroidea placóide, amarillenta, homogénea, de bordes mal definidos, ligeramente elevada, localizada en área nasal superior y con desprendimiento de retina (DR) inferonasal, exudativo, de aspecto bulloso. Realizamos una ecografía donde observamos una masa coroidea sólida con engrosamiento coróideo difuso y DR asociado. Se diagnosticó de metástasis coroidea, se decidió observación periódica y se derivó al Servicio de Oncología.

Conclusión: Las metástasis uveales tienden a la multifocalidad y la mayoría son unilaterales. En varones la localización primaria más frecuente es el pulmón y en mujeres la mama.

El melanoma amelanótico supone el principal diagnóstico diferencial, donde ecográficamente es característico encontrar una masa con forma de champiñón, ángulo kappa, vacío ecogénico, excavación coroidea y sombra orbitaria.

En nuestro caso realizamos un diagnóstico inicial de NOIA-NA, y posteriormente de metástasis coroidea. Quizá el edema de papila inicial se correspondía con una carcinomatosis meníngea con afectación del nervio óptico.

El tratamiento de estos tumores suele basarse en el tratamiento sistémico del tumor primario.



COMUNICACIONES EN PANEL

PANELES CIENTÍFICOS

PC133 ENVEJECIMIENTO DEL MATERIAL: DISPERSIÓN DE LA LUZ EN LENTES INTRAOCULARES EXPLANTADAS 15 A 40 AÑOS POST CIRUGÍA

Augusto ARIAS GALLEGO, Jorge ALÍO Y SANZ, Francesco D'ORIA, Raúl DUARTE TOLEDO, Pablo ARTAL SORIANO

Propósito: Investigar por primera vez el cambio en la calidad óptica de la lente mediante el análisis de la dispersión de la luz en dos regímenes angulares en lentes intraoculares (LIOs) de diferentes materiales, implantados de 16 a 44 años en ojos humanos fáquicos y pseudofáquicos, cedidas para el estudio por el Biobanco IBERIA de explantes oftálmicos.

Métodos: Se ha evaluado la luz dispersa de las LIOs en dos regímenes angulares mediante el uso de imágenes de campo oscuro (para ángulos amplios: sobre 30°) y el método de integración óptica (para ángulos más estrechos: menores de $5,1^\circ$).

Resultados: Se identificaron opacificaciones en la lente distribuidas sobre el área óptica de las LIOs con referencia #460, #364 y #379. En general, la cantidad de luz parásita aumenta a medida que aumenta el tiempo. Sin embargo, no existe una relación clara entre esas cantidades. En algunos rangos angulares, las cantidades de luz difusa de la LIO Tecnis y LIOs numeradas como #1474 y #460 son ligeramente más bajas que la línea de base, lo que demuestra la claridad de esas lentes. Además, la dispersión de ángulo estrecho aumentó con el tiempo de implantación pero sin alcanzar el nivel de ojos más viejos según CIE. **Conclusiones:** Los resultados indican un modesto deterioro de la calidad óptica de las LIOs a lo largo del tiempo que podría ser muy importante para el futuro desarrollo de lentes intraoculares. La dispersión de gran angular fue muy similar en las lentes explantadas y en las nuevas. La cantidad de LIO probadas en este estudio es demasiado pequeña para concluir qué influencia tiene el material en la generación de dispersión o para establecer una relación general entre la cantidad de luz difusa y el tiempo de implantación. Se necesitan más estudios sobre este tema para respaldar estos resultados, analizando cómo las lentes fáquicas y pseudofáquicas implantadas a largo plazo sufren deterioro óptico y diferencias entre ambos grupos y, también para diferentes tipos de materiales.



PC134 ANÁLISIS DE LA FUNCIÓN VISUAL TRAS IMPLANTE DE LENTE BASADA EN TECNOLOGÍA DE FRENTE DE ONDAS EN CIRUGÍA DE CATARATA Y VALORACIÓN PARA LA CORRECCIÓN DE LA PRESBICIA

Lucía CABRILLO ESTÉVEZ, Ernesto ALONSO JUÁREZ, María LÓPEZ IBÁÑEZ, Irene BENITO GONZÁLEZ

Propósito: Analizar resultados visuales tras cirugía de catarata con implante de lente no difractiva de rango focal continuo extendido en distancia lejana, intermedia y cercana, así como la eficacia y seguridad de dicha lente intraocular.

Método: Estudio prospectivo de pacientes intervenidos de cataratas con implante de lente intraocular Acrysof IQ Vivity.

A los 6 meses se evaluó la agudeza visual no corregida en lejos(6metros), la agudeza visual corregida en lejos(6metros), la agudeza visual en distancia intermedia(66cm) y la agudeza visual en cerca(40cm). Se analizó la eficacia y seguridad de la lente.

Resultados: Muestra de 118 ojos(72 pacientes). 48,6%(35) fueron mujeres y un 51,5%(37) hombres. El rango de edad:51 -85 años.Edad media:69,80±8,30 años.

Las lentes implantadas comprendían un rango de potencias entre las 15 y 25 dioptrías, con una potencia media de $19,97 \pm 2,57$ dioptrías.

Se implantaron 100 lentes esféricas(84,75%) y 18 lentes tóricas(15,25%).

La agudeza visual preoperatoria con corrección fue $0,73 \pm 0,26$.

A los 6 meses del postoperatorio, evaluamos la agudeza visual en escala decimal.

Nuestros resultados muestran una agudeza visual en lejos con corrección(BCVA) de $0,94 \pm 0,11$, agudeza visual en lejos sin corrección(UCVA) $0,82 \pm 0,19$, agudeza visual en distancia intermedia sin corrección $0,88 \pm 0,22$ y agudeza visual en distancia cercana sin corrección $0,58 \pm 0,17$.

Se obtuvo una agudeza visual corregida en visión lejana de 0,8 o mejor en un 91,6% de los casos. La agudeza visual en distancia cercana fue igual o mayor a 0,5 en el 73,7% de los casos.

Índice de eficacia fue:1,12. Índice de seguridad:1,28.

Conclusiones: El implante de la lente Acrysof IQ Vivity es un procedimiento seguro y eficaz, consiguiéndose una buena agudeza visual en distancia lejana, intermedia y cercana, siendo considerada por lo tanto como una lente óptima para la corrección de la presbicia, favoreciendo así una mayor independencia de la corrección óptica en visión cercana.



PC135 ALTERACIONES EN ANGIOGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA SECUNDARIAS A LA IMPLANTACIÓN DE LENTE MULTIFOCAL

Isabel COLLADO VINCUEIRA, Javier GARCÍA BELLA

Propósito: Establecer las alteraciones producidas tras el implante de una lente intraocular multifocal en las medidas realizadas con angiografía por tomografías de coherencia óptica (OCT-A).

Método: 48 ojos de 24 pacientes diagnosticados de catarata bilateral en rango quirúrgico, con agudeza visual de lejos mayor de 0.5 medida con escala LogMAR, sin ninguna otra afectación ocular asociada y con defectos refractivos entre +5 y - 5 dioptrías esféricas y menos de 1 dioptrías de astigmatismo corneal. Se les intervino de facoemulsificación con implante de lente intraocular (LIO) difractiva multifocal Intensity (Hannita). Se realizó OCT-A con el sistema Cirrus HD-OCT Angioplex analizando grosores maculares internos y externos, grosores de capa de fibras nerviosas de la retina (CFN) y mediciones angiográficas centrales y divididos en cuadrantes previos a la cirugía y 1 mes tras la cirugía del segundo ojo.

Resultados: La edad media de los pacientes fue 70.3 ± 5.8 años. El grosor central previo de la CFN fue $88.74 \pm 8.87 \mu\text{m}$ y el posterior $94.53 \pm 11.32 \mu\text{m}$. El grosor macular central previo fue de $258.94 \pm 19.51 \mu\text{m}$ y el posterior $267.94 \pm 23.04 \mu\text{m}$. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todos los grosores maculares estudiados y en todas las mediciones de la CFN a excepción del cuadrante superior. En las mediciones angiográficas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los sectores analizados.

Conclusiones: La implantación de LIO difractivas multifocales altera los resultados obtenidos en el análisis de la capa de fibras del nervio óptico y maculares realizados con OCT-A sin alteración de las mediciones angiográficas, por lo cual habría que tener en cuenta su implantación de cara al estudio posterior.



PC136 CALIDAD DE IMAGEN RETINIANA EN OJOS IMPLANTADOS CON LENTES INTRAOCULARES MULTIFOCALES, EDOF Y ACOMODATIVAS ESTUDIADAS POR ABERROMETRÍA PIRAMIDAL

Francesco D'ORIA, Alfredo VEGA ESTRADA

Propósito: Estudiar y comparar la calidad clínica de la imagen óptica después de la implantación con diferentes IOLs premium, mediante el análisis del PSF Strehl ratio utilizando un aberrómetro de sensor basado en WaveFront Piramidal (PWS).

Métodos: Este estudio incluyó 194 ojos implantados con: A) 19 AcrySof SA60AT (grupo de control); B) 19 Miniwell; C) 24 LENTIS Mplus LS-313 MF30; D) 33 LENTIS Mplus LS-313 MF15; E) 17 AkkoLens Lumina; F) 31 EN LISA tri 839MP; G) 20 Preciion Presbyopic; H) 20 AcrySof IQ Panoptix; I) 11 Tecnis Eyhance. Las principales medidas de resultado fueron el PSF Strehl ratio, el PSF Strehl ratio excluyendo las aberraciones de segundo orden (PSFw2) y las aberraciones de bajo y alto orden.

Resultados: AT LISA Tri tuvo el PSFw2 Strehl ratio significativamente más alto en pupila de 3 y 4 mm ($0,52 \pm 0,14$ y $0,31 \pm 0,1$), seguida de SA60AT ($0,41 \pm 0,11$ y $0,28 \pm 0,07$) y PanOptix ($0,4 \pm 0,07$ y $0,26 \pm 0,04$). AT LISA Tri se encontró que proporciona una calidad de imagen de retina significativamente mejor que PanOptix en ambos 3,00 mm ($p < .0001$) y 4,00 mm ($p = .004$). MPlus MF15 fue encontrado que es significativamente mejor que MPlus MF30 en 3.00 mm ($p < .0001$) y 4.00 mm ($p = .002$). Las aberraciones totales, de bajo orden, de alto orden, PSF Strehl Ratio y PSFw2 Strehl ratio varió significativamente entre los grupos estudiados ($p < 0.001$).

Conclusiones. Los parámetros de calidad de imagen clínica difieren significativamente según la tecnología de la lente implantada. AT LISA Tri, SA60AT y PanOptix mostraron los valores más altos de calidad de imagen retiniana, mientras que el PSFw2 Strehl ratio más bajo fue mostrada por Miniwell, MPlus MF30 y Precizon Presbyopic.



PC137 RESULTADOS REFRACTIVOS TRAS CIRUGÍA DE CATARATA EN PACIENTES CON LONGITUD AXIAL EXTREMA (≥ 30 MM)

Marina DOTTI-BOADA, Vanessa MEMBRADO, Saray CATALÁN-CORONADO, Meilin CHANG, Xavier CORRETGER, Marc FIGUERAS-ROCA

Propósito: Estudio refractivo del cálculo de la potencia dióptrica de la lente intraocular en pacientes miopes con longitud axial (LA) mayor a 30 mm con fórmulas Holladay, SRK/T, Haigis, sus aproximaciones Wang-Kock (Holladay W-K, SRK/T W-K, Haigis W-K) y fórmulas más recientes como Barret Universal II, Hill RBF 3.0, Kane y Evo 2.0

Método: Estudio retrospectivo de pacientes miopes con LA > 30 mm operados en un hospital terciario por dos cirujanos especialistas expertos con un mismo tipo de LIO (Acrysof®Natural Modelo MA60MA). Exclusión de pacientes con cirugía intraocular previa, enfermedades oculares previas o LA superior a 35 mm. Se calculó a través de las 10 fórmulas mencionadas el equivalente esférico residual teórico y se comparó con el equivalente esférico residual postoperatorio real. La precisión de cada fórmula se calculó mediante el error refractivo numérico y absoluto.

Resultados: Se analizaron 32 ojos de 26 pacientes con una LA media de 32 ± 1.43 mm. El equivalente esférico (EE) preoperatorio previo fue de -9.19 ± 1.85 y el final fue de -0.93 ± 0.81 . El poder medio de la LIO fue de 0.9 ± 2.8 D. Las fórmulas con menor error refractivo medio numérico fueron Hill-RBF 0.10 ± 0.76 , seguido por Kane 0.11 ± 0.76 y SRKT-WK 0.15 ± 0.89 . Las fórmulas con menor error refractivo medio absoluto fueron Hill-RBF 0.57 ± 0.50 y Kane 0.57 ± 0.50 , seguido por EVO 0.61 ± 0.51 . Se observan diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes fórmulas para el error refractivo medio numérico y absoluto.

Conclusiones: Las fórmulas que muestran mayor precisión para el resultado refractivo de pacientes miopes con LA > 30 mm son Kane y Hill-RBF, por lo que fórmulas basadas en principios de inteligencia artificial pueden ser tan precisas como fórmulas basadas en principios ópticos.



PC138 PRESTACIONES VISUALES DE UNA NUEVALENTE INTRAOCULAR QUE MODIFICA EL FRENTE DE ONDAS PARA OBTENER UNA VISIÓN CONTINUA LEJOS-CERCA, EN UNA POBLACIÓN ENTRE 65 Y 85 AÑOS

Luis FERNÁNDEZ-VEGA CUETO-FELGUEROSO, Belén ALFONSO BARTOLOZZI, Carlos LISA FERNÁNDEZ, Ignacio RODRÍGUEZ UÑA, David MADRID COSTA, José F. ALFONSO SÁNCHEZ

Propósito: Valorar las prestaciones visuales de una nueva lente intraocular multifocal con óptica basada en tecnología de frente de ondas.

Método: El estudio incluye 50 pacientes (100 ojos) que fueron intervenidos de catarata mediante facoemulsificación asistida por láser de Femtosegundo LenSx (Alcon, USA). La edad media era de 75.1 ± 7.0 años. En todos los casos, se implantó una lente intraocular AcrySof Vivity (Alcon, USA). Esta lente, mejora la visión de cerca, gracias a un nuevo diseño óptico (no difractivo y no refractivo), que modifica el frente de ondas para obtener una profundidad de foco de +1,75 dioptrías (D). Los criterios de inclusión fueron: edad entre 65 y 85 años, cirugía bilateral en la misma semana, y longitud axial entre 22,0 y 25,0 mm. Se analizó la agudeza visual de lejos, la curva de desenfoque, la sensibilidad al contraste y la calidad de visión mediante cuestionarios. El seguimiento mínimo fue de 6 meses.

Resultados: La media de la agudeza visual de lejos con corrección (AVLCC) fue de 0.93 ± 0.11 (escala de Snellen) a los 6 meses de la cirugía. La media de la AVLCC binocular a 66-, 50-, y 40-cm (curva de desenfoque), fue de 0.7, 0.6, y 0.5, respectivamente. La curva de desenfoque mostraba tolerancia a una refracción residual de $\pm 0,50$ dioptrías, con una AVLCC siempre superior a 0,8. La sensibilidad al contraste binocular fotópica y mesópica (Optec-6500) se encontraba dentro de los límites normales. En el cuestionario de calidad de visión (Catquest-9SF), el 100% de los pacientes referían estar bastante satisfechos o muy satisfechos con su visión. En cuanto a la presencia de disfotopsias (McAlinden), el 12% de los pacientes manifestaron tener, únicamente, destellos de tipo leve.

Conclusiones: Si se selecciona el perfil de paciente adecuado, las prestaciones visuales que se obtienen en lejos y cerca con la lente AcrySof Vivity son superiores a las de las lentes catalogadas como EDoF (extended depth of focus, profundidad de foco alargada).



PC139 RESULTADOS VISUALES TRAS IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO DISEÑO DELENTE INTRAOCULAR PARA LA CORRECCIÓN DE LA PRESBICIA

Javier GARCÍA BELLA, Isabel COLLADO VINCUERIA, Paula TALAVERO GONZÁLEZ

Propósito: Estudiar la función visual con diferentes luminancias (fotópica 85cd/m² y mesópica 5 cd/m²), en pacientes implantados con la nueva lente difractiva Intensity.

Método: Se incluyeron 24 pacientes diagnosticados de catarata bilateral. Se determinó la agudeza visual (LogMAR) de lejos sin y con la mejor compensación, así como las agudezas visuales intermedia (65 cm) y en cerca (40 cm), ambas con la mejor compensación de lejos. La sensibilidad al contraste se estudió de forma binocular con el test CSV1000 (Vector Vision). La curva de desenfoque se cuantificó en condiciones fotópicas y mesópicas de forma binocular con la mejor compensación en un rango entre +1.50D y -4.00D en pasos de 0.50D. Se realizó estudio de disfotopsias inducidas y graduación de las mismas mediante la escala Likert.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 70.3 ± 5.8 años. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas pero no clínicamente relevantes entre los resultados de la visión lejana con respecto a la cercana y a la intermedia y también entre la cercana y la intermedia. En la curva de desenfoque no se encontraron diferencias significativas en condiciones fotópicas en el rango incluido entre las 0 y -2.5 D. Se encontraron diferencias significativas en todos los puntos analizados entre condiciones fotópicas y mesópicas. La sensibilidad al contraste medida con CSV1000 fue satisfactoria para este tipo de lente con niveles de 1.55 ± 0.29 en frecuencias de 3 ciclos por grado (cpg) y de 1.60 ± 0.17 en frecuencias de 6 cpg. El tipo de disfotopsia predominante fue el Halo por encima del Starbust. Un 52.38% de los pacientes presentaron niveles de alteraciones disfotópicas menores o iguales a 1.

Conclusiones: La función y calidad visual en pacientes implantados con la lente intraocular Intensity es satisfactoria proporcionando una curva de desenfoque sin grandes caídas en las diferentes distancias y sin asociarse a importantes fenómenos disfotópicos.



PC140 CONTROL MEDIANTE ITRACE DEL ASTIGMATISMO INDUCIDO QUIRÚRGICAMENTE: INCISIONES MANUALES VS FEMTOSEGUNDO

Salvador GARCÍA-DELPECH, Anabel MARTÍNEZ-ESPERT, Walter D. FURLAN, Diego MONTAGUD-MARTÍNEZ, Patricia UDAONDO-MIRETE

Propósito: Comparar los valores de astigmatismo inducido en cirugía de cataratas: Surgically Induced Astigmatism (SIA), por incisiones corneales realizadas manualmente, y con láser de femtosegundo.

Método: Se evaluaron los valores del SIA en dos grupos de pacientes: en el Grupo 1, las incisiones corneales fueron realizadas mediante láser de femtosegundo (FEMTO LDV Z8), en el Grupo 2 se utilizó la técnica manual. Se incluyeron 32 ojos de 21 sujetos, cada grupo estaba compuesto por 16 ojos. Se realizó una incisión principal y una paracentesis con los mismos parámetros para ambas técnicas (incisión principal a 140° con 2,2 mm de ancho, y paracentesis a 30° con 1,2 mm de ancho) y por el mismo cirujano. El SIA se evaluó con el parámetro queratometría simulada (SimK) proporcionada por el aberrómetro iTrace (Tracey Technologies, Houston, TX), utilizando los valores del SimK preoperatorios y postoperatorios obtenidos una semana después de la cirugía.

Resultados: El valor medio de SIA en el Grupo 1 fue de $-0,36 \times 69^\circ$ y en el Grupo 2 de $0,22 \times 69^\circ$. El análisis estadístico reveló que no existían diferencias estadísticamente significativas en el SIA al utilizar una técnica quirúrgica u otra ($p > 0,05$).

Conclusiones: No se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre el SIA que se induce utilizando técnica manual por un cirujano experimentado o con láser de femtosegundo.

La cirugía de cataratas asistida por láser de femtosegundo aporta seguridad, precisión y reproducibilidad a todo el proceso, lo que implicaría una disminución de las complicaciones intraoperatorias.



PC141 LA AFAQUIA Y SUS POSIBLES VÍAS DE ABORDAJE: ¿QUÉ TIPO DE IMPLANTE SECUNDARIO DELENTE INTRAOCULAR ELEGIR?

José Javier SAN ROMÁN LLORENS, Marta FERNÁNDEZ GURRÍA, June ARTAECHEVARRÍA ARTIEDA

Propósito: Comparar los resultados obtenidos tras el implante secundario de distintos tipos de lentes intraoculares (LIO) en ojos afáquicos con soporte capsular parcial o nulo.

Método: Se realizó un estudio retrospectivo de una serie de 97 casos de ojos afáquicos tras el implante secundario de LIO: anclada al iris (prepupilar y retropupilar), en sulcus y de anclaje escleral. El período de estudio fue de enero de 2015 a diciembre de 2020, incluyendo pacientes de entre 25 y 97 años, con un seguimiento mínimo de 3 meses. Se evaluaron: los factores de riesgo (FR) preoperatorio; las causas de afaquia; la agudeza visual (AVSC), el equivalente esférico (SE), el astigmatismo y recuento endotelial (RE) pre y postoperatorios; la vía de abordaje quirúrgico y las complicaciones más frecuentes postoperatorias, como el edema macular quístico (EMQ) y el glaucoma.

Resultados: La mediana de edad fue 76 años. El principal FR preoperatorio fue la vitrectomía y la complicación más frecuente el EMQ. El 68,04% de las LIO fueron de anclaje iridiano de las cuales el 84,84% fueron prepupilares; el 28,86% fueron de apoyo en sulcus y el 3,09% de anclaje escleral. La AVSC mejoró con todos los tipos de LIO, siendo las de sulcus las que lograron mejores resultados de SE y astigmatismo, seguidas de las LIO prepupilares ($p < 0,05$). La disminución del RE tras la cirugía fue mayor en el caso de las lentes prepupilares respecto a las retropupilares y a las de sulcus ($p < 0,001$), siendo éstas las que obtuvieron mejores resultados.

Conclusiones: El implante de LIO prepupilar ofrece una mayor seguridad, eficiencia y mejores resultados visuales con un menor número de complicaciones y tiempo de recuperación, constituyendo una excelente opción de tratamiento de la afaquia en ojos con comorbilidades y sin soporte capsular adecuado. No obstante, las lentes fijadas a esclera son una muy buena alternativa con un futuro prometedor gracias al perfeccionamiento de las técnicas y los diseños de LIO.



PC142 IMPLANTE DE SEGMENTOS DE ANILLO INTRAESTROMALES PARA LA CORRECCIÓN DEL ASTIGMATISMO DESPUÉS DE LA QUERATOPLASTIA LAMELAR ANTERIOR PROFUNDA

Belén ALFONSO BARTOLOZZI, Carlos LISA FERNÁNDEZ, Luis FERNÁNDEZ-VEGA CUETO-FELGUEROSO, David MADRID COSTA, José F. ALFONSO SÁNCHEZ

Propósito: Evaluar los resultados visuales y refractivos después del implante de segmentos de anillo intraestromales tipo Ferrara (ICRS) asistido mediante láser de Femtosegundo en ojos post-queratoplastia lamelar anterior profunda (DALK).

Método: El estudio (retrospectivo y observacional) incluye 41 ojos de 40 pacientes (30 hombres y 11 mujeres) que habían sido intervenidos de trasplante lamelar anterior profundo (Deep Anterior Lamellar Keratoplasty DALK). A todos se les implantó un ICRS asistido mediante láser de Femtosegundo para la corrección del astigmatismo residual. La cirugía se realizó como mínimo, 6 meses después de la retirada completa de las suturas del trasplante. Se evaluó la agudeza visual a distancia no corregida (UDVA) y corregida (CDVA); y el astigmatismo topográfico y refractivo antes y 12 meses después del implante de los ICRS.

Resultados: La CDVA preoperatoria era de $0,47 \pm 0,18$ y mejoró en el postoperatorio a $0,63 \pm 0,21$; por lo tanto, el índice de seguridad es superior a 1,0 (1,3); ya que todos los ojos mantienen o mejoran la agudeza visual con corrección. El índice de eficacia resultó inferior a 1,0 (0,85), lo que refleja una mínima refracción residual después del implante de los ICRS. El astigmatismo refractivo y queratométrico preoperatorio era de $-7,15 \pm 3,02$ y $6,69 \pm 2,62$, respectivamente, y mejoró en el postoperatorio a $-2,26 \pm 1,35$ y $4,37 \pm 2,85$ respectivamente. No se produjeron complicaciones intra ni postoperatorias en ninguno de los casos.

Conclusiones: El implante de segmentos de anillo intracorneales asistido mediante láser de Femtosegundo puede ser una buena alternativa para la corrección de astigmatismo alto en ojos post-DALK.



PC143 LENTES VISIAN ICL: ANÁLISIS DE NUESTROS RESULTADOS VISUALES Y REFRACTIVOS ENTRE LOS AÑOS 2016 Y 2020

Ernesto ALONSO JUÁREZ, Lucía CABRILLO ESTÉVEZ, María LÓPEZ IBÁÑEZ, Irene BENITO GONZÁLEZ

Propósito: Realizar un análisis de resultados refractivos y visuales en pacientes operados mediante implante de lente Visian Intraocular Collamer Lens(ICL) entre los años 2016-2020

Método: Estudio retrospectivo, pacientes operados mediante implante de lente EVO ICL entre los años 2016-2020. Variables analizadas: ICL size, ICL power, refracción preoperatoria y postoperatoria, edad y sexo de los pacientes, vault postquirúrgico, profundidad de cámara anterior(ACD), longitud axial anteroposterior(AXL), paquimetría corneal central(CCT), diámetro corneal horizontal(WTW), presión intraocular(PIO), agudeza visual con corrección(CDVA) y sin corrección(UDVA), pre y post operatoria

Resultados: Muestra de 193 ojos(193 pacientes). Valores promedio: equivalente esférico (SEQ) preoperatorio $-4,92\pm 4,09$ dioptrías(D), CDVA 0.98 ± 0.13 , ACD 3.25 ± 0.28 mm, WTW 11.98 ± 0.39 mm, CCT 543.59 ± 31.86 μ m y PIO 15.14 ± 2.54 mmHg. 56.35% de las lentes implantadas fueron esféricas; potencia media: -6.17 ± 4.73 y cilindro medio: 1.87 ± 0.92 D. 8.29% de las lentes fueron hipermetrópicas. SEQ Target medio seleccionado: 0.05 ± 0.24 D. 58.33% de las lentes fueron de la talla 13.2mm.

Al mes de la cirugía: SEQ residual de -0.06 ± 0.34 D, UDVA de 1.07 ± 0.20 y CDVA de 1.09 ± 0.16 . Índice de eficacia: 1.09 ± 0.17 . Índice de seguridad: 1.12 ± 0.16 . Vault central medio: 511.931 ± 220.75 μ m. La precisión entre el SEQ calculado y el SEQ obtenido fue 99.0% en lentes esféricas y 91.5% en lentes tóricas. Índice de corrección: 0.98 ± 0.06 y 1.08 ± 0.15 en lentes esféricas y tóricas, respectivamente. PIO media al mes: 15.68 ± 3.84 mmHg.

Posible ampliación de muestra y resultados en la presentación

Conclusiones: La potencia media del implante de lentes ICL entre los años 2016-2020 fue de -6.17 D. No existen cambios significativos en la medida de presión intraocular, al mes de la cirugía. Los índices de eficacia y seguridad demuestran el buen comportamiento en la función visual de las lentes Visian ICL y la excelente predictibilidad refractiva.



PC144 EFECTO COMPARATIVO DE DOS LAGRIMAS ARTIFICIALES DE DIFERENTE COMPOSICIÓN EN EL POSTOPERATORIO DE LA QUERACTECTOMÍA FOTORREFRACTIVA

Rafael CAÑONES-ZAFRA, Juan Pedro ABAD, Miriam CASTELLANOS, Francisco AVILÉS, Clara FISAC, Miguel A. TEUS GUEZALA

Propósito: Comparar el efecto de dos lagrimas artificiales sin conservantes, una con hydropropyl-guar (HA+HP-guar) en su composición y otra con carmelosa, en la regeneración del epitelio corneal y las molestias oculares del paciente, tras cirugía de queratectomía fotorrefractiva (PRK) bilateral.

Método: En este estudio randomizado, doble brazo, prospectivo, intervencionista, con observador enmascarado, un total de 34 ojos programados para cirugía de PRK correctora de miopía, fueron randomizados en 2 grupos. 22 ojos en el grupo de HA+HP-guar y 12 en el grupo de lágrimas artificiales con carmelosa. En ambos grupos la superficie ocular fue evaluada en los días 1, 4, 7, y al mes del postoperatorio, midiendo el diámetro del área corneal desepitelizada, y el grado de tinción corneal, usando la escala de Oxford. Se realizó una escala analógica visual (VAS) para la valoración del dolor a todos los pacientes en cada visita.

Resultados: Ambos grupos fueron comparables en términos de edad, género y defecto refractivo preoperatorio ($p < 0.05$). Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el área desepitelizada el día 4 del postoperatorio, siendo menor en el grupo de HA+HP-guar frente al grupo tratado con carmelosa (0.13 ± 0.4 mm vs 0.65 ± 0.8 mm $p = 0.03$). Se observó un menor dolor ocular en el día 3 postoperatorio en el grupo tratado con HA+HP-guar (3.7 ± 2.7 vs 5.3 ± 2.3 $p = 0.04$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas más allá del día 7 postoperatorio en la re-epitelización corneal y la percepción de dolor ocular entre los dos grupos.

Conclusiones: Encontramos una re-epitelización corneal más rápida con el uso de lubricantes oculares que contienen (HA+HP-guar) comparado con el uso convencional de lagrimas artificiales de carmelosa. Esto parece tener un efecto beneficioso en la percepción de dolor ocular en los primeros días tras una cirugía de PRK.

Ambas lagrimas artificiales no muestran diferencias en el resultado refractivo final.



PC145 RESULTADOS VISUALES Y REFRACTIVOS, FUNCIÓN VISUAL, INDEPENDENCIA DE GAFAS Y SATISFACCIÓN TRAS EL IMPLANTE DE UNA NUEVALENTE INTRAOCULAR MULTIFOCAL TRIFOCAL, EN UNA SERIE LARGA DE CASOS

Andrea LLOVET RAUSELL, Fernando LLOVET, Julio ORTEGA-USOBIAGA, Gonzalo MUÑOZ, César ALBARRÁN, VasyI DRUCHKIV

Propósito: Estudio retrospectivo realizado en una gran serie de pacientes (1.064) sometidos a facoemulsificación (catarata o lensectomía refractiva) e implantación bilateral de una lente intraocular trifocal difractiva no tórica precargada RayOne® Trifocal.

Método: Se realizó un examen oftalmológico completo antes y después de la operación. Solo se incluyeron pacientes con un mínimo de datos de seguimiento de tres meses.

Resultados: La UDVA (agudeza visual lejana sin corrección) monocular media fue $0 \pm 0,01$ logMAR, la UIVA (agudeza visual intermedia sin corrección) media fue $0,07 \pm 0,06$ logMAR y la UNVA (agudeza visual cercana sin corrección) $0,09 \pm 0,07$ logMAR. No hubo diferencia clínicamente significativa entre UDVA binocular y CDVA (agudeza visual lejana con corrección) (ambos 0.0 ± 0.01 logMAR). El EE (equivalente esférico) refractivo posoperatorio fue de $-0,12 \pm 0,12$ D, con un 86,95% de ojos dentro de $\pm 0,50$ D y un 93,5% de ojos dentro de $\pm 1,00$ D del EE objetivo. El índice de seguridad fue de 1.01 ± 0.05 y el índice de eficacia fue de 0.96 ± 0.08 . El porcentaje de pacientes que declararon no usar gafas para conducir fue del 99,2%, el 98,82% no para la computadora y el 95,94% no para la lectura; El 96,62% y el 93,93% respectivamente no refieren molestias en la visión nocturna o en la conducción nocturna; El 97,94% dijo estar satisfecho con el resultado y el 98,4% repetiría el procedimiento.

Conclusiones: La LIO Trifocal RayOne proporcionó un buen rendimiento visual en todas las distancias, excelentes niveles de independencia de gafas según informan los pacientes, buena función visual y satisfacción, así como niveles muy bajos de alteración visual, con un alto perfil de seguridad.



PC146 IRIDOTOMÍAS QUE TRANSILUMINAN: ¿IRIDOTOMÍAS SEGURAS?

Emma Beatriz AUSÍN GONZÁLEZ, Teresa COLÁS TOMÁS, Simón QUIJADA ANGELÍ, Andrea MARTÍN HERRERO, María José CRESPO CARBALLO

Propósito: Evaluar la correcta apertura y el tamaño de las iridotomías periféricas en pacientes con cierre angular primario (CAP), sospecha de cierre angular primario (SCAP) y glaucoma primario de ángulo cerrado (GPAA).

Método: Para ello realizamos un estudio descriptivo con los pacientes con SCAP, CAP y GPAA a los que realizamos iridotomías con láser Nd-YAG desde octubre de 2020 hasta Abril 2021. A las 8 semanas de realizarlas se documenta el tamaño y morfología de la iridotomía mediante Tomografía de coherencia óptica Swept Source (SS-OCT) Triton (Topcon®, Japon) de segmento anterior con imágenes en los modos escáner radial y 3D. También realizamos fotos con cámara fotográfica del segmento anterior de las iridotomías y su transiluminación positiva.

Resultados: De un total de 15 pacientes (30 ojos) a los que hemos realizado iridotomías en este período de tiempo, en 5 ojos hemos documentado la falta apertura de la iridotomía, todos ellos con transiluminación positiva documentada fotográficamente y en 2 ojos el tamaño ha resultado inferior a 150 micras. A todos estos ojos se les ha repetido láser Nd-YAG. Ninguno de ellos ha sufrido un cierre angular agudo. La edad media de esta muestra de pacientes es de 58.86 años (57-72); siendo 10 mujeres y 5 varones. 6 pacientes con SCAP; 7 con CAP y 2 con GPAA.

Conclusiones: La transiluminación positiva no nos asegura la apertura de una iridotomía. El origen de este estudio lo ha marcado un paciente que ha sufrido un cierre angular agudo pese a tener una iridotomía que transluminaba en su ojo único funcional. Hemos podido comprobar mediante el uso de OCT-SS segmento anterior que todas las iridotomías que realizamos no están realmente abiertas o tienen el tamaño mínimo requerido según las guías. Por esto hemos adoptado la práctica de realizar una OCT-SS de segmento anterior a todos los pacientes SCAP, CAP y GPAA a los que realizamos iridotomías con láser Nd-Yag.



PC147 ¿INFLUYE LA CIRUGÍA FILTRANTE EN LA DENSIDAD VASCULAR DE NUESTROS PACIENTES CON GLAUCOMA?

Teresa COLÁS TOMÁS, Emma Beatriz AUSÍN GONZÁLEZ

Propósito: Medir la influencia de la disminución de la presión intraocular (PIO) tras esclerectomía profunda no perforante (EPNP) en la densidad vascular peripapilar y macular de pacientes con glaucoma crónico de ángulo abierto (GCAA).

Método: Se incluyeron 15 ojos de 14 pacientes con GCAA que fueron intervenidos entre septiembre 2020 y febrero 2021. Se trataba de GCAA moderados siendo la media de la desviación media del campo visual de -9 dB (rango 6-12). Se cuantificó la densidad vascular (DV) en el área peripapilar y macular antes y a los 3 meses de la cirugía, mediante angiografía tomografía de coherencia óptica (A-OCT) (DRI OCT Triton: Topcon). Los cambios en la DV fueron calculados en cada una de las áreas analizadas, empleando el scan angiocubo 6x6 mm para el área peripapilar y el 4,5x4,5 mm para el macular. Así mismo se monitorizó la PIO antes y tras 3 meses de la intervención.

Resultados: A los 3 meses de la EPNP la PIO media disminuyó de forma significativa de 19,12 mmHg (5,40) a 11,5 mmHg (2,77), siendo la reducción del 28,41% (rango, 0%- 52,17). La reducción de fármacos hipotensores fue de 1,87 (rango, 4-0) a 0. La media de la DV peripapilar aumentó de 44,67% (7,22) a 49,08% (8,73) y la media de la DV macular disminuyó tras la cirugía de 44,46% (8,34) a 40,27% (14,52), siendo ambos cambios estadísticamente significativos ($p < 0,01$). El aumento de DV peripapilar fue más notable en el sector infero-temporal y a nivel macular el descenso de la DV fue mayor en el sector nasal.

Conclusiones: En la actualidad, la A-OCT nos permite detectar cambios en la microcirculación ocular tras la disminución de la PIO de forma quirúrgica. Nuestro estudio muestra como la DV peripapilar mejora a los 3 meses de la intervención, pero disminuye a nivel macular.



PC148 BARRERAS EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO TÓPICO DEL GLAUCOMA EN LA POBLACION BOLIVIANA

Paola Sofía FERNÁNDEZ MALLCU, Rolando QUISPAYA QUISPE, Manuel José JUSTINIANO SUSANO

Propósito: Determinar las barreras asociadas a la adherencia del tratamiento tópico del glaucoma en la población boliviana, 2019 - 2021.

Método: Para ello se realizó un estudio multicéntrico, descriptivo, observacional, de corte transversal, de dos años de duración, en 219 pacientes con glaucoma, se les aplicó dos cuestionarios, uno sobre adherencia (Test de Morisky Green) y otro sobre cuatro factores asociadas a la adherencia, analizándose la relación entre barreras y adherencia en el tratamiento tópico del Glaucoma, según ANOVA de un factor.

Resultados: Según el test de adherencia de Morisky Green, el 58% de los pacientes no son adherentes al tratamiento. Los factores relacionados al proveedor, a la medicación y los relacionados al conocimiento sobre el glaucoma del paciente, fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en las barreras a la adherencia al tratamiento, no siendo así los factores situacionales y/o ambientales. Demostrándose así que las barreras están relacionadas a la falta de adherencia al tratamiento tópico del glaucoma, según ANOVA de un factor.

Conclusiones: Existe una asociación estadísticamente significativa entre las barreras y la adherencia al tratamiento tópico del glaucoma, en la población boliviana.



PC149 ANÁLISIS MORFOLÓGICO Y GEOMÉTRICO DE LA AMPOLLA DE FILTRACIÓN TRAS LA CIRUGÍA DE GLAUCOMA CON EL IMPLANTE PRESERFLO

Marta IBARZ BARBERÁ

Propósito: Analizar la evolución morfológica de la ampolla de filtración mediante tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (AS-OCT) y su correlación con la presión intraocular tras la cirugía de glaucoma con el implante Preserflo.

Método: Para ello se midieron las ampollas de filtración horizontal y verticalmente mediante AS-OCT en cada visita postoperatoria durante el primer año y se clasificaron tanto morfológicamente en uniformes o multiformes (multicapa, microquistes, presencia o ausencia de ampolla de drenaje de humor acuoso y su tamaño) como clínicamente. Se estudió la correlación entre el tamaño de la ampolla y la presión intraocular.

Resultados: Las ampollas de filtración experimentaron una expansión horizontal y vertical significativa a los 3 meses ($p < 0.01$) y un año ($p < 0.01$) del postoperatorio. La correlación entre la presión intraocular y el diámetro horizontal de la ampolla fue negativa pero no significativa a los 3 meses ($r = -0.3$, $p = 0.2$) y un año ($r = -0.3$, $p = 0.1$). Respecto al diámetro vertical, a los 6 meses la correlación con la presión intraocular fue negativa pero no significativa ($r = -0.4$, $p = 0.06$), no hallándose correlación entre ambas variables en el primer año. La mayoría de las ampollas de filtración presentaron morfología multiforme (96% en la primera semana, 92% al año) con un aumento progresivo del porcentaje de ampollas de tipo difuso desde el postoperatorio inmediato (28%) hasta el primer año (60%).

Conclusiones: El análisis mediante AS-OCT de las ampollas de filtración tras el implante Preserflo muestra la expansión del diámetro de la ampolla de drenaje de humor acuoso durante los primeros 3-6 meses con una estabilización hacia el primer año. La morfología multicapa, predominante en el postoperatorio inmediato, tiende a disminuir progresivamente alrededor de la ampolla. En la mayoría de los casos, la geometría de la ampolla formada alrededor de este implante cilíndrico es semicircular y difusa un año después de la intervención.



PC150 PARÁMETROS VASCULARES PERIPAPILARES Y MACULARES MEDIANTE ANGIO-OCT EN GLAUCOMA CONGÉNITO PRIMARIO

Laura MORALES FERNÁNDEZ, Pilar PÉREZ GARCÍA

Propósito: evaluar las diferencias en los parámetros vasculares maculares y peripapilares empleando angiografía por tomografía de coherencia óptica (OCT-A) entre sujetos normales y pacientes con glaucoma congénito primario (GCP); y determinar su capacidad diagnóstica.

Método: Se incluyeron 39 pacientes con GCP y 78 sujetos sanos. Se realizó una exploración oftalmológica completa a todos los pacientes (sólo se incluyó un ojo por paciente) y se llevó a cabo OCT-A peripapilar y macular mediante Angioplex™ (Cirrus HD-OCT 5000) con un escaner de nervio óptico de 4,5x4,5mm y macular de 6x6mm. Se recogieron los datos del plexo vascular superficial por cuadrantes y globales y se compararon entre grupos. Se determinó la capacidad discriminativa de glaucoma de estos parámetros mediante las area bajo la curva ROC (AUC-ROC).

Resultados: la edad media del grupo glaucoma era de 14,1 ± 8,7 años y el grupo sanos de 11,7 ± 6,2 años ($p = 0.093$). Todas las medidas vasculares peripapilares (global y cuadrantes; todos $p < 0,001$) y maculares ($p = 0.042$), excepto densidad de perfusión en el círculo interno ($p = 0.087$), estaban reducidas en el grupo GCP frente al grupo de sanos. En relación al AUC-ROC, todos los parámetros peripapilares (≥ 0.706) y todos los maculares (≥ 0.699) mostraron buena capacidad diagnóstica. La capacidad diagnóstica del mejor parámetro papilar (índice de flujo (AUC=0.887)) y macular (densidad vascular macular (AUC=0.855)) fueron comparables ($p = 0.085$).

Conclusiones: Existe una reducción en los parámetros vasculares maculares y peripapilares en los pacientes con GCP y estos, presentan una buena capacidad discriminativa de glaucoma.



PC151 ISTENT INJECT: NUESTROS RESULTADOS

Valeria Constanza OPAZO TORO, María Jesús MUNIESA ROYO, Marta PAZOS LÓPEZ, Elena MILLÁ GRIÑO, Néstor VENTURA ABREU, Georgina CASANOVAS MATEU

Propósito: Estudiar la reducción de la presión intraocular (PIO) y del tratamiento hipotensor tras la implantación de iStent inject en nuestra práctica clínica.

Método: Estudio retrospectivo de 52 ojos de 40 pacientes sometidos a cirugía con iStent Inject. Las variables de estudio fueron la PIO, el número de medicaciones hipotensoras y la incidencia de complicaciones. Se registraron los datos basales y a las 24h, 1 semana, 1 mes, 3, 6 y 12 meses postoperatorios.

Resultados: En el 90.4% de los pacientes se realizó cirugía combinada de iStent inject más facoemulsificación. En 44 pacientes el diagnóstico fue de glaucoma de ángulo abierto y en 8 pacientes de ángulo cerrado a los que se asoció facoemulsificación. La PIO basal fue de 19.8 mmHg (17.9-21.7), en el día 1 de 21.4 mmHg (19.5-23.3), a la semana 1 de 16.9 mmHg (14.5-19.3), al mes 1 de 17.6 mmHg (15.5-19.7), al mes 3 de 17.2 mmHg (14.7-19.7), al mes 6 de 18.3 mmHg (14.9-21.7) y a los 12 meses de 18.2 mmHg (15.1-21.4). La PIO a la semana 1 fue significativamente más baja con respecto a la basal ($p=0.048$), sin diferencias significativas en el resto del seguimiento. El número preoperatorio de medicaciones fue de 1.65 ± 1 y a los 12 meses de 0.31 ± 0.68 ($p<0.0001$). Durante el seguimiento, en 7 pacientes (13.4%), se realizó tratamiento con láser ND-YAG por obstrucción del iStent por el iris. La PIO a las 24h en los ojos que precisaron tratamiento con láser ND-YAG fue de 28.14 mmHg (23.1-33.1), con diferencias significativas ($p=0.037$) respecto a los pacientes que no presentaron obstrucción del implante, pero sin diferencias en el resto de seguimiento.

Conclusiones: El implante iStent inject se mostró eficaz y seguro para reducir la medicación hipotensora con buen control tensional. Se puede producir la obstrucción del iStent por el iris, precisando láser ND-YAG para su liberación, por lo que es recomendable la realización de gonioscopia en el postoperatorio, sobre todo en aquellos pacientes con PIO elevada a las 24h.



PC152 CAUSAS DE FRACASO DE TRASPLANTES DE CÓRNEA EN ESPAÑA: UN ANÁLISIS MONOCÉNTRICO A LARGO PLAZO

Jorge Luis ALIÓ DEL BARRIO, Andrea MONTESEL, Pilar YÉBANA RUBIO

Propósito: Investigar indicaciones, resultados y cambios en los patrones clínicos de la cirugía de queratoplastia en un centro oftalmológico español.

Método: Se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes sometidos a trasplante de córnea entre 2001 y 2017 en el centro de estudio. Los criterios de inclusión incluyeron la presencia de un examen preoperatorio detallado, un informe quirúrgico y un seguimiento de al menos 12 meses post cirugía. Se realizó un análisis estadístico sobre las indicaciones de la queratoplastia, las tasas de supervivencia, los resultados visuales y el tipo de fracaso del injerto.

Resultados: Se identificaron un total de 907 procedimientos de queratoplastia: 432 queratoplastia penetrante (PK), 148 queratoplastia lamelar anterior profunda (DALK) y 134 queratoplastia endotelial (EK) cumplieron los criterios de inclusión. La tasa de supervivencia acumulada osciló entre el 94% y el 69% en un período de 1 año y entre el 85% y el 45% en un período de 5 años según los diferentes tipos de injerto. La principal causa de fracaso fue el rechazo inmunológico para PK, las enfermedades de superficie para DALK y el fracaso primario del injerto para EK.

Conclusiones: El trasplante de córnea es una cirugía desafiante que aún hoy presenta un importante riesgo de fracaso. Nuestro estudio ofrece una pincelada sobre las tendencias actuales en queratoplastia en España. En cuanto a los resultados visuales, todos los pacientes fueron incluidos en el análisis, a excepción de aquellos con comorbilidad ocular, lo que podría haber influido negativamente en los mismos. El pronóstico del trasplante de córnea difiere considerablemente en función de la indicación original para la misma, así como entre las diferentes técnicas quirúrgicas, presentando los procedimientos lamelares, las mayores tasas de supervivencia y resultados visuales postoperatorios, siendo estos mejores que los que se observan tras queratoplastias penetrantes.



PC153 IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID 19 EN LAS URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Antonio de URQUÍA COBO, José ESCRIBANO VILLAFRUELA, Fátima MARTÍN LUENGO

Propósito: Estudiar los cambios producidos por la pandemia COVID-19 en las consultas por urgencias oftalmológicas en un hospital terciario.

Método: Análisis descriptivo y comparativo del número de las urgencias oftalmológicas y diferentes diagnósticos establecidos entre los períodos: marzo 2019 a febrero 2020 y marzo 2020 a febrero 2021.

Resultados: Se constató la disminución general del número de visitas tras el inicio de la pandemia respecto a meses previos, suponiendo una reducción del 46,63%. Se observó una disminución porcentual significativa de la patología conjuntival a favor de otros diagnósticos de carácter más urgente.

Conclusiones: La pandemia COVID-19 y las medidas preventivas establecidas han podido ocasionar una modificación en la patología habitual consultada en las urgencias oftalmológicas, así como una disminución de su número durante este año.



PC154 BIOBANCO Y BANCO DE DATOS IBERIA: CAUSAS DE EXPLANTE DE MATERIAL BIOMÉDICO EN LA PENÍNSULA IBÉRICA

Kévin Javier MENA GUEVARA, Alejandra Eliana RODRÍGUEZ ZUNINO, Joaquim MURTA, Rafael Ignacio BARRAQUER COMPTE

Propósito: Presentar los las causas de explante de dispositivos biomédicos, registrados en el Biobanco IBERIA de explantes oftálmicos de segmento anterior en España y Portugal.

Método: Se han recopilado muestras y datos clínicos de 23 centros colaboradores, procedentes de la Península ibérica, tales como: Barcelona, Navarra, Galicia, Alicante, Murcia, Madrid, Zaragoza, Valladolid, Albacete, Almería, Sevilla (España) y Coímbra (Portugal). Desde hace más de 10 años, estos centros colaboradores han enviado al Centro receptor, situado actualmente en Alicante, el material explantado del segmento anterior del ojo de forma totalmente anónima y en total acuerdo con la normativa vigente de la Ley de Protección de Datos. Estos explantes se han almacenado en una solución de fijación para preservar la información biológica y almacenado en frigoríficos a 4° C.

Resultados: El Biobanco IBERIA reúne un total de 1830 muestras, principalmente lentes intraoculares (LIOs) explantadas (del total registrado 39% son fáquicas y 49% pseudofáquicas), segmentos intraestromales (8%), otros materiales, tales como: válvulas de glaucoma, queratoprótesis, iris artificiales, segmentos corneales, etc. (4%), y la información relativa a los materiales extraídos del ojo.

Conclusiones: Las principales causas de la explantación de las LIOs son: cataratas (50%), luxación o descentramiento de lente (30%), opacificación de la LIO (10%) y daños corneales (10%). Para el resto de muestras destacan: segmentos (extrusión o fallo de potencia correctora) y válvulas de glaucoma (fallo en el mecanismo). Estos datos, registrados electrónicamente, están disponibles bajo solicitud previa a la Dirección del Biobanco y con el acuerdo del Comité científico específico para estudios de investigación. Todos los centros interesados en participar remitiendo casos de material oftálmico explantado pueden contribuir enviando una solicitud formal.



PC155 ESTUDIO VISUONC SOBRE SINTOMATOLOGÍA VISUAL EN PACIENTE CON CÁNCER

Isabel PASCUAL CAMPS, Alberto Jacobo CUNQUERO TOMÁS

Propósito: La sintomatología visual leve-moderada en el paciente con cáncer está infracomunicada e infravalorada. Pese a que sí se reportan los eventos adversos graves; en la práctica clínica, no se evalúa de forma sistemática la existencia de síntomas oculares de menor gravedad y mayor incidencia, pudiendo estos potencialmente afectar a la calidad de vida de los pacientes.

El objetivo de este estudio es establecer la prevalencia de síntomas oculares en pacientes con cáncer.

Método: Estudio observacional transversal entre enero y abril de 2021 en el Servicio de Oncología Médica de un hospital terciario. Pacientes con diagnóstico de cáncer (excluyendo SNC) en tratamiento quimioterápico activo intravenoso en Hospital de Día. Cuestionarios validados de Cribado de sintomatología visual, National Eye Institute Cuestionario sobre la función visual – 25 (VFO-25) y Cuestionario OSDI. Se recogieron datos epidemiológicos y de enfermedad. Análisis de datos mediante Microsoft®Excel v.16.49.

Resultados: 63 pacientes, 54% mujeres, edad media 58.41 años. 38% tumores gastrointestinales, 22.2% cáncer de mama, 14.2% melanoma, 9.5% tumores de cabeza y cuello, 9.5% cáncer de pulmón. 61% en 1º línea de tratamiento.

Desde el diagnóstico, 20.6% refirió cambios en su visión y el 11% notaron molestias oculares. Desde el inicio de tratamiento, 28.6% manifestaron cambios en la visión y 23.8% notaron molestias oculares. 14.28% refirieron síntomas de ojo seco, 44.4% moderado-grave.

La valoración subjetiva de la función visual global fue de 7.1/10. El 95.8% no refiere dependencia asociada a la sintomatología visual.

Conclusiones: La sintomatología visual está infradiagnosticada e infravalorada en el paciente con cáncer. Cribados oftalmológicos sencillos podrían mejorar la calidad de vida del paciente. Es necesaria mayor población y distribución normal de subtipos tumorales y tratamientos para extraer conclusiones adaptadas.



PC156 EL GROSOR COROIDEO Y EL G-CSF EN LÁGRIMA MEJORAN EL MODELO PREDICTIVO PARA LA ENFERMEDAD ISQUÉMICA CORONARIA

José Lorenzo ROMERO TREVEJO, Lourdes FERNÁNDEZ ROMERO, Andrés SÁNCHEZ PÉREZ, Erika MUÑOZ GARCÍA, Mario GUTIÉRREZ BEDMAR, Manuel Francisco JIMÉNEZ NAVARRO

Propósito: Construir un modelo en el que los hallazgos oftalmológicos puedan ayudar a los factores de riesgo cardiovasculares clásicos en la predicción de la enfermedad isquémica coronaria en la práctica clínica habitual.

Método: Se utilizaron 96 pacientes con sintomatología clínica cardiológica típica, que se dividieron en dos grupos de acuerdo a la presencia o no de enfermedad isquémica coronaria confirmada mediante coronariografía o TAC de arterias coronarias. Tras obtener los datos referentes a sexo, edad, diabetes, hipertensión, dislipidemia, tabaquismo y obesidad, los pacientes se evaluaron desde el punto de vista oftalmológico, tanto a nivel clínico, con las técnicas habituales, como a nivel laboratorial, mediante la detección de citoquinas en lágrima. Los datos de las variables obtenidas en los 192 ojos se analizaron estadísticamente en búsqueda de diferencias entre ambos grupos. Las variables en las que se obtuvieron diferencias significativas se utilizaron para la construcción de curvas ROC, tanto de forma individual como en combinación entre ellas y con los factores de riesgo cardiovascular clásicos.

Resultados: De todas las combinaciones estudiadas, el mejor modelo predictivo tras el análisis de las curvas ROC se obtuvo al añadir los valores de grosor coroideo y G-CSF en lágrima a los factores de riesgo cardiovascular clásicos edad, sexo, diabetes, hipertensión, hiperlipidemia, tabaquismo y obesidad. El mejor punto de corte para la probabilidad de existencia de lesiones coronarias aportó una sensibilidad superior al 95% y una especificidad del 84%, permitiendo una clasificación correcta del 92% de los pacientes.

Conclusiones: El grosor coroideo y el G-CSF en lágrima mejoran el modelo predictivo para la enfermedad isquémica coronaria cuando se combinan con los factores de riesgo cardiovascular clásicos en los pacientes evaluados. Se necesitan futuros estudios de tipo prospectivo y con mayor número de pacientes que confirmen estos datos.



PC157 ANÁLISIS DEL VALOR PRONÓSTICO DE BRAF Y NRAS EN EL MELANOMA DE CONJUNTIVA

Francisco Javier VALENTÍN BRAVO, María Antonia SAORNIL ÁLVAREZ, Ciro GARCÍA ÁLVAREZ, Álvaro PÉREZ RODRÍGUEZ

Propósito: El melanoma conjuntival (MC) es un tumor raro y agresivo con propensión a la diseminación metastásica regional y a distancia. El objetivo de este estudio es analizar los marcadores BRAF/NRAS en el MC y su relación con las recidivas tumorales y el pronóstico de los pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, unicéntrico, de pacientes consecutivos con diagnóstico anatomopatológico de CM, registrados entre enero de 1992 y diciembre de 2019. Se analizaron las mutaciones BRAF/NRAS mediante el kit cobas®4800 (Roche®) en muestras obtenidas por biopsia excisional o de mapa. Además, se valoró la presencia de otras lesiones precancerosas o tumorales asociadas.

Resultados: Se incluyeron un total de 12 pacientes con muestras histológicas positivas para melanoma conjuntival (7 mujeres, 5 hombres), con una edad media al diagnóstico de 60 años y un tiempo medio de evolución de $6,38 \pm 3,4$ años. Se encontró la mutación BRAF V600E en 3 biopsias (25%), así como NRAS Q61X (25%). Se encontraron recidivas en todos los pacientes con mutación BRAF o NRAS positiva, y 5 de estos pacientes desarrollaron diseminación sistémica (83,33%). Además, 4 de los 6 pacientes con BRAF o NRAS mutados (66,66%) tenían hallazgos histopatológicos de lesiones tumorales o precancerosas.

Conclusiones: Las mutaciones en BRAF y NRAS pueden ser factores de riesgo de aparición de recidivas y de menor supervivencia en el CM, lo que haría a estos pacientes candidatos a terapias dirigidas y a un seguimiento más exhaustivo e individualizado. Todos estos datos justifican la realización de más estudios prospectivos estandarizados.



PC158 OFTALMOPLEJÍA EXTERNA CRÓNICA PROGRESIVA: SERIE DE CASOS

Antonio GARCÍA LOURO, Lucía de PABLO GÓMEZ DE LIAÑO, J. Alberto RECHE SÁINZ, Diego BURÓN PÉREZ, Daniela Ximena ROJAS CORREA, Mónica GIMENO CARRERO

Propósito: describir las características clínicas de los casos de oftalmoplejia externa crónica progresiva (OECP) diagnosticados en nuestro centro.

Método: estudio retrospectivo de 13 pacientes con diagnóstico de OECP, analizando edad de presentación, edad de confirmación diagnóstica, estudio genético, biopsia muscular, presencia de ptosis, oftalmoplejia o diplopía, cirugías tanto palpebrales como sobre los músculos extraoculares; y, alteraciones oftalmológicas y sistémicas asociadas.

Resultados: La edad media de los pacientes fue 28,8 años \pm 21 (rango 11-64) siendo el 54% mujeres, con un retraso en el diagnóstico genético de $11,75 \pm 10,1$ años. El síntoma de presentación más frecuente fue la ptosis palpebral (10/13) aislada o en presencia de otros síntomas. Hasta 6 pacientes fueron intervenidos de diferentes cirugías de corrección de la malposición palpebral. 11 de 13 pacientes presentaron limitación en la motilidad ocular extrínseca; sin embargo únicamente 8 de esos 11 mostraron desviación en posición primaria de la mirada. 5/13 presentaron diplopía, fundamentalmente en visión cercana. 2 paciente fueron sometidos a inyección de toxina botulínica en ambos músculos rectos laterales y 1 paciente fue intervenido de miniplegamiento de un recto medio. En 2 pacientes se confirmó el diagnóstico de síndrome de Kearns-Sayre (SKS), ambos con retinosis pigmentaria, hiperproteíorraquia, sin cardiopatía asociada y con edad de inicio de los síntomas en la segunda década de vida. 3 pacientes habían sido erróneamente diagnosticados de miastenia gravis, siendo 2 de ellos intervenidos de timectomía.

Conclusiones: Los pacientes con OECP presentan grados variables de oftalmoplejia, ptosis y diplopía, con rangos de edad de presentación muy amplios. Es necesario incluirlos en el diagnóstico diferencial de pacientes con ptosis neurogénicas y diplopía, como en la miastenia gravis, con el objetivo de evitar tratamientos innecesarios y de prevenir posibles complicaciones sistémicas.



PC159 PARÁLISIS CRANEALES MÚLTIPLES

Sara HERNÁNDEZ ALMEIDA, Cristina CALLEJA

Propósito: Describir las características clínicas de pacientes con parálisis craneales oculomotoras múltiples .

Método: Estudio retrospectivo de casos, recogiendo sus características demográficas y clínicas, etiología, tratamiento recibido y evolución.

Resultados: Se recogieron 18 pacientes, 10 de ellos varones. La edad promedio fue de $44,8 \pm 17,7$ años. La etiología más frecuente fue la tumoral (50%), seguida de los traumatismos craneoencefálicos (27,8%) y la isquémica (21%). Todos los pacientes presentaron diplopia.

La paresia bilateral del VI par se dio en 5 casos, siendo el 40 % de causa tumoral. 2 asociaron paresia de un III. La afección unilateral del VI par apareció en 5 pacientes: 3 con paresia del III ipsilateral y 1 con paresia del IV ipsilateral. El IV se afectó bilateralmente en 5 casos, 1 por causa tumoral. 1 caso mostró paresia bilateral del III. Hubo 1 caso de paresia unilateral del IV par , asociado al III contralateral. 1 paciente presentó oftalmoplejía unilateral completa con paresia del III, IV y VI ipsilaterales.

El troncoencéfalo se afectó en 8 casos, donde 4 tuvieron causa tumoral y 6 mostraron afectación bilateral de pares. El seno cavernoso se afectó en 3 pacientes, todos por causa tumoral y siendo bilateral en 1.

La evolución espontánea favorable se dio en 3 casos (16.7%). Se inyectó toxina botulínica a 7 pacientes, 2 fueron intervenidos de estrabismo y se adaptó prismas a 6. En un 50% desapareció la visión doble en la posición primaria y en la infraversión con aceptable calidad de vida. En 2 se perdió el seguimiento y 2 fallecieron antes de poder evaluar la respuesta.

Conclusiones: Las neoplasias fueron la principal causa de paresias craneales múltiples , seguidas de los traumatismos. El VI par fue el más frecuentemente afectado, seguido del IV y el III par. El troncoencéfalo fue la localización más frecuente, por causa tumoral en un 50% y bilateral en un 75%. Globalmente la mejoría de la diplopía fue muy discreta.



PC160 ENDOTROPIA ASOCIADA A LA EDAD, UN DIAGNOSTICO SENCILLO DE SENCILLA SOLUCIÓN

Iciar IRACHE VARONA, Beatriz CASTAÑO MARTÍN, Andrea MARTÍN HERRERO, Vanesa RIVERO GUTIÉRREZ

Propósito: Estudiar los resultados del abordaje quirúrgico de esta entidad.

Método: Estudio retrospectivo de 28 pacientes con ETAE. Análisis de las características clínicas, tiempo de diagnóstico y tipo y resultados del tratamiento.

Resultados: De los 28 pacientes (79.9 ± 7.29 años) el 46% fueron intervenidos, todos con reforzamiento del recto lateral bajo anestesia local. En un 93% se eliminó la diplopía de forma permanente. En 1 paciente fue necesaria una segunda cirugía por recidiva de la desviación .

Conclusiones: La eliminación definitiva de la diplopia que se consigue en la práctica totalidad de estos pacientes configura al abordaje quirúrgico como la mejor alternativa terapéutica en la ETAE por lo que animamos a ofrecérsela a todos los pacientes que acudan a nuestras consultas con esta patología.



PC161 REPETIBILIDAD DE LAS MEDIDAS DE OCT-A MACULAR Y DE LA CABEZA DEL NERVIÓ ÓPTICO EN NIÑOS SANOS

Pilar PÉREZ-GARCÍA, Laura MORALES-FERNÁNDEZ

Propósito: evaluar la repetibilidad de los parámetros vasculares peripapilares y maculares mediante angiografía por tomografía de coherencia óptica (OCT-A) en niños sanos.

Método: Estudio transversal que incluye 34 ojos de 34 niños sanos . Después de un examen médico completo, se realizaron dos exámenes OCT-A consecutivos utilizando AngioPlex Cirrus 5000 (Carl Zeiss Meditec, Dublín, CA, USA) en la misma sesión. El área de exploración utilizada fue de 6x6 mm para el análisis del plexo vascular superficial (SVP) en la mácula, y de 4,5x4,5 mm para el plexo peripapilar. Para estudiar la reproducibilidad de las medidas, se calculó el coeficiente de correlación intraclase (CCI) y el coeficiente de variación (CV) de cada par de exámenes.

Resultados: La edad media de los niños incluidos fue de $10,77 \pm 2,49$ años (rango de 6 a 15 años). Se obtuvieron CCI buenos y excelentes para todos los parámetros considerados. Los parámetros vasculares peripapilares mostraron mayor reproducibilidad que los maculares (densidad de perfusión peripapilar global (DPP): ICC=0,834 (0,677-0,919) CV=0,89% frente a la densidad de perfusión de toda el área macular (w-mPD): ICC=0,697 (0,469-0,838) CV=3,49%; índice de flujo global peripapilar (IF): ICC=0,858 (0,720-0,931) CV=1,28; densidad vascular de toda el área macular (VD): ICC=0,699 (0,473-0,839) CV=3,30%) La medida con mejor concordancia fue la densidad de perfusión peripapilar (DPP) en el cuadrante superior (ICC=0,932 (0,860-0,967); CV=1,03%). En cuanto a los parámetros maculares, las características de la zona avascular foveal (FAZ) fueron las que mostraron mejores resultados, más concretamente, la circularidad de la FAZ (ICC=0,858 (0,732-0,927); CV=8,83 %).

Conclusiones: La OCT-A es una tecnología no invasiva y eficiente que puede ser útil en la evaluación de la red vascular retiniana y peripapilar en niños sanos. La buena repetibilidad de las medidas permitirá el seguimiento y evaluación de los cambios que en ella acontezcan.



PC162 EFICACIA Y COMPLICACIONES DE LAS TRANSPOSICIONES MUSCULARES EN EL SÍNDROME DE DUANE CON ESOTROPÍA

María Pilar RUIZ DEL TIEMPO, Pilar MERINO SANZ, Pilar GÓMEZ DE LIAÑO SÁNCHEZ

Propósito: Estudiar la eficacia a largo plazo y las complicaciones de varios tipos de transposición en el tratamiento del síndrome de Duane: la transposición muscular de rectos verticales total o parcial, la transposición sin desinserción muscular y la transposición del recto superior.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de síndrome de Duane con esotropía operados con cualquier tipo de transposición muscular asociada o no a debilitamiento del recto medio con seguimiento mayor de 12 meses. Se consideró un buen resultado una desviación ≤ 10 dioptrías prismáticas (dp) en posición primaria de la mirada, tortícolis $< 10^\circ$ con mejoría de la abducción y sin diplopía.

Resultados: Un total de 7 casos fueron incluidos (6 mujeres, 6 unilaterales), con una edad media de 37,71 años. La esotropía inicial en posición primaria de la mirada de $28 \pm 11,68$ dp disminuyó a $6 \pm 4,62$ dp al final del seguimiento ($p = 0,009$). El tortícolis mejoró en 6, y la abducción mejoró un grado en todos (media: $-3,14$ a $-2,14$). En 4 casos apareció una desviación vertical ≤ 8 dp. Ningún paciente tuvo diplopía final. El porcentaje de reintervenciones fue del 71,42%; solo un 28,57% obtuvo un buen resultado con una cirugía y ascendió a un 71,42% al final del seguimiento con cirugías adicionales. El tiempo de evolución medio fue de $52 \pm 31,65$ meses.

Conclusiones: Las transposiciones en el síndrome de Duane con signos clínicos moderados o severos han sido solo eficaces en una pequeña proporción de los casos. La mayoría requirió una segunda cirugía para corregir las complicaciones o las hipocorrecciones.



PC163 CONTROL DE LA MIOPIA CON LENTES OFTÁLMICAS DE DESENFQUE MÚLTIPLE INCORPORADO: RESULTADO DE UN ESTUDIO DE SEGUIMIENTO A 3 AÑOS

Carly SY LAM, Wing CHU TANG, Paul HONG LEE, Han YU ZHANG

Propósito: Estudio clínico de seguimiento a tres años sobre la lente para el control de la miopía con tecnología de desenfoque múltiple incorporado (DIMS). Comprobar la eficacia de la lente para control de miopía con tecnología DIMS en usuarios previos de monofocal convencional y ratificar la eficacia del tratamiento en los ya usuarios de la lente.

Metodo: la lente con tecnología DIMS cuenta con una zona central de 9.4 mm de diámetro donde se localiza la graduación del paciente y con una zona de tratamiento de 33 mm de diámetro donde se localizan 396 islas de desenfoque de 1 mm de diámetro con un poder cada una de +3.50D. Las islas son las encargadas de producir el desenfoque miópico en la retina periférica de los usuarios.

En la zona de tratamiento se intercalan con una proporción de 50:50 las islas de desenfoque y la graduación del paciente, el objetivo de este ratio es asegurar que independientemente de la zona de la lente por la que mire el paciente, el tratamiento esté asegurado y la agudeza visual sea buena.

Resultados: durante los dos primeros años de estudio se demostró una eficacia del 59% en la ralentización del aumento del equivalente esférico y del 60% en la ralentización del crecimiento de la longitud axial.

En el tercer año de seguimiento del estudio, a los usuarios previos de lente DIMS se les mantiene la lente y la progresión de la miopía se corresponde con los resultados de los años anteriores y a los usuarios del grupo control con lente monofocal convencional se les adapta lente con tecnología DIMS observando una significativa ralentización del aumento de la miopía.

Conclusiones: se observa que la eficacia se mantiene en los ya usuarios de la lente para manejo de la miopía. Se comprueba como la lente es eficaz en aquellos usuarios que durante dos años han llevado una lente divergente monofocal.



PC164 SÍNDROME DEL SENO SILENTE (SSS) COMO CAUSA INFRECUENTE DE ENOFTALMOS: SERIE CORTA DE CASOS

Ivonne CHARCÁN LASKIBAR, Lena GIRALT PERET, Bárbara BERASATEGUI FERNÁNDEZ, Roberto FERNÁNDEZ HERMIDA

Propósito: Mostrar el SSS como una causa a tener en cuenta de enoftalmos indoloro e hipoglobo.

Método: Descripción de cuatro casos documentados en nuestro servicio en los últimos años a los que se les realizó una rigurosa exploración que incluyó: exoftalmometría de Hertel, medición de la apertura palpebral, medición del hipoglobo y pruebas de imagen (TAC).

Resultados: La exoftalmometría puso de manifiesto un enoftalmos ipsilateral de 3,75 mm de media, una apertura palpebral en rangos de normalidad y un hipoglobo de 2,5 mm. Además, las pruebas de imagen evidenciaron en todos los casos la ocupación del seno maxilar ipsilateral y descartaron otras patologías más frecuentes que pudieran justificar la clínica.

Conclusiones: Ante pacientes que presenten enoftalmos indoloro con hipoglobo es conveniente no perder de vista esta entidad para lo cual una exhaustiva exploración y pruebas de imagen radiológicas son mandatorias.



PC165 AFECTACIÓN DE MÚSCULOS EXTRAOCULARES EN LINFOMAS MALT

Yolanda CIFRE FABRA, Mar VALLÉS MOLTÓ, Héctor CAROT SANMILLÁN, Marta COMES CARSI, Amparo LANUZA GARCÍA, Antonio DUCH SAMPER

Propósito: Realizar una revisión bibliográfica sobre la afectación de los músculos extraoculares por linfomas MALT. Describir sus formas de presentación, las exploraciones complementarias que se precisan para llegar a su diagnóstico y las distintas opciones terapéuticas.

Método: Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos Medline mediante PubMed, dirigida a caracterizar la enfermedad y recopilar los casos. Dos de los casos son de nuestro Servicio. También se obtuvo información a partir de 4 guías terapéuticas de instituciones y grupos oncológicos.

Resultados: Se recopilaron 38 casos con afectación de los músculos por este linfoma y 2 de nuestro Servicio, en total 40. La presentación más frecuente fue la ptosis palpebral, seguida de alteración de la motilidad, diplopia y enrojecimiento conjuntival. El músculo más afectado fue el recto inferior y la mayoría de pacientes se encontraban en estadio IE o T2cN0M0 al diagnóstico. Ante la sospecha de esta patología se debe realizar una RM, y el diagnóstico se confirma mediante biopsia y su inmunofenotipo. A continuación está indicado un estudio de extensión. En estadios donde la enfermedad se encuentra localizada (IE, IIE de Ann Arbor) el tratamiento de primera línea es Radio-terapia localizada a dosis de 24Gy, aunque en los casos recopilados emplearon distintos tratamientos. Ante enfermedad diseminada (IIIE, IV) el régimen con el que mejores resultados obtuvieron es el de Clorambucilo o Bendamustina + Rituximab.

Conclusiones: A pesar de la baja prevalencia de los linfomas MALT en los músculos extraoculares, ante clínica sugestiva es importante sospecharlo para un correcto diagnóstico y un tratamiento adecuado, que dependerá del estadio en el que se encuentre la enfermedad.



PC166 COMPARACIÓN ENTRE EL ABORDAJE TRANSCONJUNTIVAL Y EL CUTÁNEO EN LA REINSERCIÓN DE RETRACTORES DE LA CIRUGÍA DE ENTROPIÓN, A LO LARGO DE 8 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Milagros MATEOS OLIVARES, Minal BELANI RAJU, Hortensia SÁNCHEZ TOCINO, Victoria MARQUÉS FERNÁNDEZ, Alicia GALINDO FERREIRO

Propósito: Una de las técnicas utilizadas en la cirugía del entropion senil de párpado inferior es la combinación de tira tarsal externa con la re inserción de los retractores inferiores. La vía de abordaje de los retractores puede ser anterior, a través de la piel, o posterior, a través de la conjuntiva. El objetivo de este trabajo es analizar la tasa de éxito de ambos abordajes.

Método: Se trata de un estudio observacional retrospectivo comparativo. Se revisó la historia clínica de todos los pacientes operados mediante re inserción de retractores y tira tarsal, en la Unidad de Oculoplástica de nuestro centro en los últimos 8 años. Los pacientes se dividieron en 2 grupos de tratamiento, los de abordaje anterior de retractores y los de posterior. Los grupos de tratamiento se compararon usando la prueba X² de Pearson o la exacta de Fisher en tasa de éxito, número de recidivas y complicaciones.

Resultados: Se incluyeron 53 párpados de 48 pacientes, siendo un 68,75% hombres, $76,4 \pm 8,15$ años de media. El tiempo medio de seguimiento fue de $10,66 \pm 8,23$ semanas. En 27 pacientes (50,94%) se utilizó el abordaje anterior, en 26 (49,06%) el posterior. Hubo un 7,4% (6) de recurrencias en el grupo de abordaje anterior y un 15,4% en el posterior ($p = 0,478$). El tiempo medio de recurrencia fue de $53,75 \pm 33,14$ (9-89) semanas. Se registraron un 13,21% (7) de complicaciones en total, 3 (11,1%) en el anterior y 4 (15,4%) en el posterior, siendo las más frecuentes las recidivas y los granulomas. La tasa de éxito quirúrgico fue algo superior en el grupo de abordaje anterior, con un 92,6% (25) de éxito, frente al 84,6% (22), en abordaje posterior ($p = 0,316$).

Conclusiones: El abordaje posterior de retractores junto con tira tarsal externa tiene una tasa de éxito mayor que la técnica posterior, sin diferencias significativas.



PC167 EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE CICLOSPORINA TÓPICA AL 0.1% EN CONJUNTIVITIS ALÉRGICA EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Carmen ALBA LINERO, María GARCÍA LORENTE, Melanie BLANCO MORA, Julia ESCUDERO GÓMEZ

Propósito: El propósito de este estudio es conocer la efectividad seguridad de la ciclosporina tópica al 0.1 % (Ikervis), utilizado de forma compasiva en pacientes pediátricos que padecen conjuntivitis alérgica de forma crónica y que presentan cortico-dependencia.

Método: Se estudian un total de 11 pacientes pediátricos (22 ojos) con conjuntivitis alérgica crónica y dependiente de corticoides. Los pacientes fueron tratados con la ciclosporina tópica al 0.1% en emulsión catiónica 2 veces al día. Tras una consulta basal se realiza un seguimiento de 12 meses, con dos consultas durante este periodo: a los 4 y a los 8 meses. En todos los pacientes se evaluaron las mismas variables: grado de hiperemia, grado de reacción papilar y grado de queratitis, agudeza visual, sensación de fotofobia y sensación de prurito. Así mismo se realiza un cuestionario para conocer la calidad visual al final del estudio (test de OSDI).

Resultados: Se analizaron un total de once pacientes de edad pediátrica (22 ojos) la edad media fue de 10 años y el 54,55% fueron varones. Todos presentaban conjuntivitis alérgica cortico-dependiente. A los doce meses de tratamiento, la hiperemia ocular mejora un 72,27%, la reacción papilar en un 72,73% y el grado de queratitis en un 45,45%. La agudeza visual mejora en un 13,63%. Con respecto a las variables subjetivas, la fotofobia mejora un 72,73% y el prurito un 100%. De igual forma a los 12 meses el 100% de los pacientes presentan buena calidad visual.

Conclusiones: El uso de ciclosporina tópica en emulsión catiónica al 0,1% (Ikervis), es eficaz y seguro en el tratamiento de la conjuntivitis alérgica en edad pediátrica como método ahorrador de corticoides.



PC168 TERAPIA DE REGENERACIÓN DEL ESTROMA CORNEAL PARA EL TRATAMIENTO QUERATOCONO AVANZADO: RESULTADOS CLÍNICOS A LOS 3 AÑOS

Jorge ALÍO Y SANZ, Mona EL ZARIF, Jorge ALÍO DEL BARRIO

Propósito: este estudio evaluó la seguridad y eficacia de los resultados de 3 años de la terapia celular en el estroma corneal. La terapia consistió en implantar dentro del estroma de la córnea de pacientes con queratocono avanzado, células madre adultas autólogas derivadas del tejido adiposo (ADASCs), con o sin láminas de estroma corneal humano donado descelularizado.

Método: el diseño del estudio se trató de una serie de casos prospectivo, intervencionista con aleatorización, no enmascarado, se distribuyeron catorce pacientes consecutivos y se dividieron en 3 grupos experimentales. Los pacientes del grupo-1 se sometieron a la implantación solo de ADASCs autólogas (3×10^6 células/1 ml) ($n = 5$). Los pacientes del grupo-2 recibieron una lámina de estroma corneal de donante descelularizada con un grosor de $120 \mu\text{m}$ ($n = 5$). En el grupo-3, los pacientes recibieron implantación de lámina recelularizada con (1×10^6 células/1 ml, medio millón en cada lado), y otra (1×10^6 células / 1 ml) de ADASCs inyectadas durante la cirugía ($n = 4$). Las ADASCs autólogas se obtuvieron mediante liposucción electiva. La implantación se realizó en el bolsillo lamelar de 9,5 mm de diámetro efectuado por femtosegundo, bajo anestesia tópica. Se presentan 3 años de datos de seguimiento.

Resultados: a los tres años, obtuvimos los siguientes resultados en G-1, G-2 y G-3: un aumento de 1-2 líneas logMar con UDVA, CDVA y CLDVA. La esfera refractiva mostró una mejora de (1,1 D); el cilindro refractivo mostró un cambio de (0,5 D) en todos los grupos. Obtuvimos significación estadística mejor en CCT con G-2 [$P = 0.012$] y G-3 [$P < 0.001$], y en el Punto más delgado en de la topografía corneal de Scheimpflug en G-2 [$P = 0.007$] y G-3 [$P = 0.001$].

Conclusiones: La implantación de ADASCs autólogas y estroma corneal humano descelularizado en el estroma de la córnea, no mostró ninguna complicación después de los 3 años de seguimiento y fue moderadamente eficaz para el tratamiento del queratocono avanzado.



PC169 HIPERCITOQUINEMIA EN COVID-19: CITOQUINAS EN LÁGRIMA DE PACIENTES COVID-19

Bárbara BURGOS BLASCO, Noemí GÜEMES-VILLAHOZ, José Luis SANTIAGO, José Ignacio FERNÁNDEZ-VIGO, Julián GARCÍA FEIJOO, José M.^a MARTÍNEZ DE LA CASA

Propósito: Analizar las concentraciones de citoquinas en lágrima de pacientes hospitalizados con COVID-19 en comparación con controles sanos.

Método: Se obtuvieron muestras de lágrimas de 41 controles sanos y 62 pacientes con COVID-19. Se evaluaron 27 citoquinas: interleucina (IL) -1b, IL-1RA, IL-2, IL-4, IL-5, IL-6, IL-7, IL-8, IL9, IL-10, IL- 12, IL-13, IL-15, IL-17, eotaxina, factor básico de crecimiento de fibroblastos, factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF), factor estimulante de colonias de granulocitos-monocitos (GM-CSF), interferón (IFN)-g, proteína inducida por interferón gamma, proteína quimioatrayente de monocitos 1, proteína inflamatoria de macrófagos (MIP)-1a, MIP-1b, factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGF), regulado en la activación de células T normales expresadas y secretadas, necrosis tumoral factor-a y factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF).

Resultados: En las muestras de lágrima de pacientes con COVID-19, se observó un aumento de IL-9, IL-15, G-CSF, GM-CSF, IFN-g, PDGF y VEGF, junto con una disminución de eotaxina en comparación con el grupo de control ($p < 0,05$). Se halló una mala correlación entre los niveles de IL-6 en lágrima y sangre. IL-1RA y GM-CSF fueron significativamente más bajas en pacientes graves y en aquellos que necesitaron un tratamiento específico contra el sistema inmune ($p < 0,05$).

Conclusiones: Los niveles de citoquinas en lágrimas corroboran la naturaleza inflamatoria del SARS-CoV-2.



PC170 MICROSCOPIA CONFOCAL EN UN MODELO CLÍNICO CON CÉLULAS MADRE ADIPOSAS Y ESTROMA CORNEAL DESCELULARIZADO EN QUERATOCONO

Mona EL ZARIF, Karim ABDUL JAWAD

Propósito: Se describe un nuevo enfoque quirúrgico basado en la terapia regenerativa avanzada, utilizando células madre adultas autólogas derivadas del tejido adiposo humano (ADASCs) y tejido corneal humano descelularizado/recelularizado en la córnea de pacientes con queratocono avanzado. Presentamos aquí la evolución de la densidad celular con microscopía confocal in vivo a lo largo de un año después de la cirugía. También evaluamos la presencia del tejido fibrótico.

Método: El estudio fue una serie de casos intervencionista, prospectiva, consecutiva, aleatorizada y comparativa. Se aleatorizaron catorce pacientes queratocónicos en 3 grupos y fueron objeto de 3 intervenciones quirúrgicas: Grupo-1: implantación de ADASCs, Grupo-2: Estroma corneal humano descelularizado, Grupo-3: ADASCs + Estroma corneal descelularizado. Presentamos un nuevo método de recuento celular cuantitativo de núcleos para evaluar la densidad celular, la morfología de las células y de las láminas implantadas.

Resultados: Se observó un aumento significativo ($P < 0,001$) en la densidad celular en el estroma corneal anterior y posterior con todos los grupos un año postoperatorio, el estroma medio en G-1, las superficies anterior, posterior y dentro de las láminas. Los resultados en la superficie anterior y dentro de las láminas también fueron altamente, estadísticamente significativos ($P = 0,011$). No encontramos asociación directa ni significativa entre la recelularización y la presencia del tejido fibrótico.

Conclusiones: La microscopía corneal confocal se muestra como una herramienta fundamental en la evaluación «in vivo» de las córneas implantadas con ADASCs con fines de regeneración corneal. Pudimos observar un aumento significativo de la densidad celular hasta un año en el estroma corneal después de la implantación de ADASCs, con láminas descelularizadas/recelularizadas. El aumento de la densidad de células corneales no se correlacionó significativamente con la presencia de tejido fibrótico.



PC171 ESCLERITIS ANTERIOR NECROTIZANTE: A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS

Eva GONZÁLEZ AQUINO, José Manuel GRANADOS CENTENO, Óscar MARTÍN MELERO, Almudena MORENO MARTÍNEZ, Sergio COPETE PIQUERAS

Propósito: Identificar los pacientes con escleritis anterior necrotizante (EAN) en nuestro medio y analizar sus características, antecedentes personales, tratamiento y evolución.

Método: Se recogieron retrospectivamente los datos de los pacientes con este diagnóstico atendidos en nuestro servicio entre los años 2011 –2021.

Resultados: Recogimos un total de 7 pacientes. De estos, 3 presentaron EAN inducida por cirugía, 2 de ellos tras intervención de desprendimiento de retina con cerclaje y 1 de ellos tras exéresis de pterigium con mitomicina C. De los 4 pacientes restantes, 3 tenían una enfermedad autoinmune subyacente, artritis reumatoide (2 pacientes) y una vasculitis ANCA positiva (1 paciente). En 1 caso no pudo identificarse ninguna patología previa. De los pacientes cuya EAN se relacionó con una enfermedad autoinmune, 2 recibieron tratamiento inmunosupresor con corticoides sistémicos en monoterapia y 1 recibió tratamiento combinado de corticoides y adalimumab. Los pacientes cuya EAN se relacionó con una cirugía solo precisaron de tratamiento corticoideo tópico. Todos los pacientes recibieron tratamiento quirúrgico consistente en recubrimiento con parche escleral y membrana amniótica. Dos pacientes precisaron reintervención, realizándose nuevos injertos de fascia lata en un paciente y aloinjerto escleral asociado a autoinjerto de mucosa labial en otro paciente. Como complicaciones, 1 paciente presentó simbléfaron y 1 paciente presentó adelgazamiento escleral alrededor del parche.

Conclusiones: En nuestro medio la frecuencia de las EAN relacionadas con cirugía fue igual que las inducidas por enfermedades autoinmunes. Los pacientes con antecedente quirúrgico solo precisaron de tratamiento corticoideo tópico mientras que los pacientes con enfermedad autoinmune asociada precisaron tratamiento inmunosupresor sistémico. Todos nuestros pacientes precisaron en algún momento de tratamiento quirúrgico y en dos casos fue necesaria la reintervención.



PC172 MANEJO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES MELANOCÍTICOS DE POLO ANTERIOR DEL OJO

Rosita Lucía WAKFIE CORIEH, José Javier SAN ROMÁN LLORENS, Marta FERNÁNDEZ GURRÍA, Blanca GARCÍA SANDOVAL, Ignacio JIMÉNEZ-ALFARO MOROTE

Propósito: Describir la incidencia, evolución clínica y resultados de anatomía patológica (AP) de los tumores melanocíticos de polo anterior (TMPA) que han sido intervenidos de la sección de córnea y segmento anterior.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo de un total 273 pacientes con TMPA mediante revisión de historias clínicas en el periodo 2015-2021. Se evaluó: agudeza visual, biomicroscopia, fondo de ojo, iconografía pre y postquirúrgica, tomografía de coherencia óptica de segmento anterior, criterios y técnica quirúrgica y resultados. Se analizó: edad, género, localización, cirugía realizada, AP, tratamiento adyuvante y recidiva.

Resultados: Del total de TMPA (n=273) han sido operados 43 (15.75%). La edad media de presentación fue 44.2 ± 17.5 años, 24 pacientes fueron mujeres (55.81%) y 19 hombres (44.19%). 22 ojos derechos (51.16%) y 21 ojos izquierdos (44.19%). En 15 ojos la lesión se localizaba en el limbo (34.84%), 13 en conjuntiva bulbar (30.24%), 8 en carúncula (18.62%), 3 en pliegue semilunar (6.99%) y 4 sobre pterigión (PT) o pinguécula (9.31%). Los criterios quirúrgicos fueron: cambios morfológicos (20.93%) localización y profundidad (65.12%), sintomáticos (4.65%) y cosméticos (9.3%). 13 ojos fueron tratados con escisión simple (ES), 13 con ES más autoinjerto conjuntival (AIC), 5 con ES y sutura, 3 con ES y colgajo conjuntival, 8 con ES y cierre con Tissucol y 1 con ES, crioterapia y AIC. En la AP, 14 nevus compuestos, 19 nevus subepiteliales, 2 nevus azules, 2 melanosis primarias adquiridas (MPA), 4 PT con nevus subepitelial, 1 PT con MPA y 1 nevus compuesto con displasia. Todos los ojos fueron tratados con corticoides y antibióticos tópicos y el nevus compuesto con displasia fue tratado con IFN $\alpha 2b$. Ninguna lesión recidivó.

Conclusiones: Los TMPA son los tumores conjuntivales más frecuentes. Una gran variedad de lesiones no neoplásicas pueden simular lesiones neoplásicas; de ahí la importancia de la AP, que nos da el diagnóstico definitivo.



PC173 SÍNDROME DE UVEÍTIS POR RUBEOLA (SUR): MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y COMPLICACIONES

Juan Jacobo GONZÁLEZ GUIJARRO, Marta BELMONTE GRAU, Miren URIARTE ECENARRO, Pedro MARTÍNEZ FLETA

Propósito: Describir las características clínicas de los pacientes positivos para virus de la rubeola (VR) en humor acuoso (HA).

Método: Estudio retrospectivo unicéntrico, en el que se incluyeron los pacientes diagnosticados de SUR mediante determinación en el HA del coeficiente de Goldmann-Witmer (CGW >3) y/o de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), para el VR entre mayo de 2018 y marzo del 2021. Se recogieron las variables demográficas, oftalmológicas, y las fechas del diagnóstico microbiológico, de la primera y última visita.

Resultados: Se incluyeron 13 pacientes, 14 ojos positivos: 8 (57.1%) con CGW, 1 (7.1%) con PCR y 5 (35.7%) con ambos. La edad media en la primera visita fue de $50 \pm 12,3$ años, todos caucásicos, 8 varones (61,5%). El 50% (7/14) fueron uveítis intermedias (UI) y el resto iridocilitis (IC), todos presentaron un curso crónico, precipitados retroqueráticos difusos estrellados, atrofia iridiana: difusa (12/14, 85.70%) o parcheada, tyndall anterior $\leq 0,5+$ y vítreo $\geq 0,5+$; éste fue $\geq 1+$ en el 35,7% (5 /14). El 75% (9/12) presentaban heterocromía, el 57% (8/14) nódulos iridianos, el 42,8% (6/14) cicatrices coriorretinianas, e hiphema tras la paracentesis, el 42,8%. Tras una mediana de seguimiento de 4,9 (RIC 11,9) años, 10 ojos (71,4%) mantuvieron una agudeza visual (AV) (media $0,66 \pm 0,36$) \geq que la inicial (media $0,57 \pm 0,36$). El intervalo de tiempo mediano desde la primera visita al diagnóstico microbiológico fue de 4,3 (RIC 11,9) años. Todos presentaron cataratas (12/12), 9 intervenidas (75%) y fueron, junto con las opacidades vítreas persistentes (21,4%, 3/14), las causas de disminución reversible de la AV. El 35,7% (5/14) cursaron con hipertensión ocular y un ojo precisó (7,1%) cirugía filtrante.

Conclusiones: El SUR se comporta, en nuestra serie, como IC o UI de bajo grado, de predominio unilateral, en pacientes de mediana edad, con afectación iridiana, vítreo y catarata. Manifestaciones clínicas similares al síndrome de uveítis de Fuchs.



PC174 VORETIGÉN NEPARVOVEC EN ENFERMEDAD HEREDITARIA DE RETINA ASOCIADA A MUTACIÓN DE RPE65 BIALÉLICO: ACTUALIZACIÓN A 5 AÑOS

José P. BORGES-SILVA, Stephen R. RUSSELL, Jean BENNETT, Daniel CHUNG, Arlene V. DRACK, Albert M. MAGUIRE

Propósito: Determinar si mejoras en navegación ambulatoria, sensibilidad a la luz y campo visual (CV) tras 1 año con voretigén neparvovec (VN) en pacientes con distrofia hereditaria de retina asociada a RPE65 bialélico se mantienen a 5 años y revisar seguridad en este período

Método: Estudio abierto, fase III, aleatorizado, controlado, en 2 centros de EE.UU. Pacientes aleatorizados a intervención original (IO: VN subretiniana bilateral basal; n=20) o intervención tardía (IT: VN tras 1 año; n=9). Variable principal: resultado bilateral en prueba de movilidad multiluminiscente (MLMT) con 7 niveles estándar de luz medido por cambio de puntuación. Variables adicionales: prueba de umbral de sensibilidad a luz de campo completo (FST), agudeza visual (AV) y CV cinético de Goldmann (GVF), promediadas en ambos ojos. Resultados de seguridad: acontecimientos adversos, pruebas de laboratorio y cambios en exámenes físicos/oféalmicos

Resultados: Media (DE) MLMT bilateral de cambio de nivel de luz vs basal: 1,6 (1,1) año 5 (IO; n=18); 2,4 (1,5) año 4 (IT; n=8). Tras 1 año mejoró 1 nivel en 6 pacientes sin cambios en el resto (N=26). Cambio medio (DE) en FST de luz blanca (log10; cd.s/m²): -2,02 (1,45) año 5 (IO; n=17); -2,58 (1,04) año 4 (IT; n=8). Cambio medio (DE) en AV (escala Holladay; logMAR): -0,00 (0,64) año 5 (IO; n=18); -0,06 (0,26) año 4 (IT; n=8). Cambio medio (DE) en suma de grados totales GCV III4e: 166,6 (208,7) año 5 (IO; n=15); 178,8 (241,9) año 4 (IT; n=8). Tras 5 años de tratamiento, perfil de seguridad (N=29) coherente con vitrectomía e inyección subretiniana, reportando 2 cataratas, 1 ptosis y 1 desprendimiento de retina tras última actualización. No se reportan respuestas inmunes nocivas

Conclusiones: Mejoras en navegación ambulatoria, sensibilidad a la luz y CV mantenidas ≥5 años tras administración de NV en la mayoría de pacientes IO. Mejoras en pacientes IT coherentes con pacientes IO. Perfil de seguridad de VN coherente con procedimiento de administración.



PC175 TRATAMIENTO INTRAVÍTREO. FACTOR DE RIESGO EN CIRUGÍA DE CATARATAS

Jonathan Jesús CANCELLIERE FERNÁNDEZ, María Muxima Patricia ACEBES GARCÍA, Rafael RAMOS ROJAS, Francisco Javier ABELLÁN MARTÍNEZ, Inés del Carmen IGLESIAS CABRERO

Propósito: Evaluar las complicaciones intraoperatorias durante la cirugía de cataratas en pacientes en tratamiento con inyecciones intravítreas (IVT) por degeneración macular asociada a la edad (DMAE).

Método: Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos de facoemulsificación por los cirujanos de la sección de mácula de un hospital terciario de Madrid. Se recopiló como variables la edad, sexo, factores de riesgo quirúrgico, número de inyecciones intravítreas, así como los años de experiencia del cirujano. Como resultado se recogió la presencia o no de complicaciones intraquirúrgicas. Se llevó a cabo un análisis estadístico univariante, usando el chi-cuadrado y el T-test según correspondiera.

Resultados: Se revisaron 550 cirugías, de las cuales 83 ojos estaban en tratamiento con IVT por DMAE. De estas el 68,67 % eran mujeres con una edad promedio de 84.52 años. El 12 % de los pacientes que recibían IVT presentaron complicaciones durante la cirugía de catarata, siendo la más frecuente la luxación del núcleo al vítreo (5), seguido de la ruptura de la capsula posterior (RCP) (3). De todas las variables evaluadas, la presencia de una catarata subcapsular posterior, presentó un riesgo (OR) de 5,67 de sufrir una complicación intraquirúrgica ($p < 0,05$)

Conclusiones: La existencia de un tratamiento de IVT, previo a la cirugía de catarata puede ser considerado como un factor de riesgo de complicación durante la facoemulsificación, sobre todo si esta descrita la presencia de una catarata SCP, probablemente por la debilidad capsular consecuencia del trauma directo de la aguja sobre la capsula posterior durante las inyecciones.



PC176 CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR CON LA CLASIFICACIÓN LET PARA EL EDEMA MACULAR DIABÉTICO EN MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES

Isabel FABELO HIDALGO, Consuelo FERNÁNDEZ NÚÑEZ, Nicolás PÉREZ-LLOMBET QUINTANA, Oswaldo Esteban DURÁN CARRASCO, Rodrigo ABREU GONZÁLEZ

Propósito: Estudiar la concordancia interobservador para la detección de características del edema macular diabético (EMD) en tomografía de coherencia óptica (OCT) en pacientes naïve en práctica clínica.

Método: Para ello se realizó un análisis consecutivo retrospectivo de todos los pacientes que llegaron a nuestro servicio presentando EMD durante 1 año. Las OCT fueron analizadas independientemente por dos residentes, determinando las características de EMD usando la clasificación LET. Se evaluaron los datos mediante un análisis de concordancia interobservador.

Resultados: Se analizaron un total de 95 ojos de 70 pacientes, siendo el 67.1% varones y el 32.9% mujeres, con una edad media de 66.13 años +/- 11.73 años. El análisis Kappa de concordancia interobservador en la evaluación de las características del EMD según la clasificación LET fue: Localización (L) 0.36; Extensión (E) 0.46; y Tracción (T) 0.52.

Conclusiones: La concordancia interobservador fue aceptable para la Localización, moderada para la Extensión y moderada para la Tracción.



PC177 MACULOPATÍA EXUDATIVA INDUCIDA POR TERAPIA FOTODINÁMICA EN PACIENTES CON CORIORRETINOPATÍA SEROSA CENTRAL

José Ignacio FERNANDEZ-VIGO ESCRIBANO, Francisco Javier MORENO MORILLO, Alicia VALVERDE-MEGÍAS, Verónica GÓMEZ CALLEJA, Lorenzo LÓPEZ GUAJARDO, Juan DONATE-LÓPEZ

Propósito: Describir la incidencia, características clínicas, factores de riesgo y resultados de la maculopatía exudativa aguda (PAEM) inducida por terapia fotodinámica (TFD) en pacientes con coriorretinopatía serosa central crónica (CSC).

Método: Estudio prospectivo de cohortes que incluyó 87 ojos con CSC sometidos a TFD con media fluencia, registrándose la agudeza visual (AV), la tomografía de coherencia óptica (OCT) y la angiografía por OCT (OCTA) antes, 3 días, 1 mes y 3 meses después. Se evaluó la oclusión de la coriocapilar y la presencia de neovascularización (NVC) mediante OCTA. Se establecieron dos grupos en función de la presencia o ausencia (N=26 y N=61 respectivamente) de PAEM (aumento $\geq 50 \mu\text{m}$ en la altura del líquido subretiniano, LSR) 3 días después de la TFD. Se recogieron la edad, el sexo, la longitud axial (LA) y el grosor coroideo subfoveal (SFCT), comparándose entre ambos grupos.

Resultados: La incidencia de PAEM fue 26/87 (29,9%). No hubo diferencia en la edad, sexo, LA, SFCT, ni LSR basal entre los grupos ($p \geq 0,094$). A los 3 días tras la TFD, el LSR fue mayor en el grupo con PAEM ($330,9 \pm 160,3$ versus $105,5 \pm 59,4 \mu\text{m}$ respectivamente; $p < 0,001$). No existieron diferencias en el LSR uno y tres meses después de la TFD entre los grupos ($35,4 \pm 50,2 \mu\text{m}$ versus $42,0 \pm 55,7 \mu\text{m}$, $p = 0,601$; y $34,0 \pm 52,3$ versus $38,6 \pm 56,1 \mu\text{m}$, $p = 0,834$ respectivamente), ni en la ganancia de AV a los tres meses ($4,5 \pm 4,5$ versus $4,0 \pm 6,6$ letras, $p = 0,825$). Al mes, 15/26 casos presentaron una reabsorción completa del LSR a pesar del desarrollo de PAEM. La NVC estuvo presente en 29,6% en el grupo PAEM y en 14,3% en el control ($p < 0,05$). Todos los casos con PAEM tuvieron una gran oclusión en la coriocapilar mediante OCTA. Se observó un desprendimiento bacilar en 12 pacientes con PAEM.

Conclusiones: La maculopatía exudativa aguda inducida por TFD es frecuente en pacientes con CSC. Sin embargo, en la mayoría de los casos se observaron una evolución y un pronóstico favorables.



PC178 RESULTADOS A LOS 12 MESES DE PACIENTES CON NEOVASCULARIZACIÓN PAQUICOROIDEA TRATADOS CON AFLIBERCEPT MEDIANTE UN RÉGIMEN TREAT AND EXTEND

Nuria GONZÁLEZ GIRÓN, Maria Belén ALAMAR PÉREZ, Javier MONTERO HERNÁNDEZ, Enrique CERVERA TAULET

Propósito: Evaluar la respuesta de la neovascularización paquicoroidea en pacientes caucásicos mediante el tratamiento intravítreo con aflibercept en régimen treat and extend. Resultados a 12 meses.

Método: Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de neovascularización paquicoroidea (NVP) con seguimiento superior a 12 meses en tratamiento con aflibercept en régimen treat and extend. Se incluyen 14 ojos de 27 pacientes con diagnóstico de NVP utilizando como pruebas diagnósticas angiografía fluoresceínica, angiografía con verde indocianina, y angiografía por tomografía de coherencia óptica (OCTA). Se realiza seguimiento a los 3,6 y 12 meses con tomografía de coherencia óptica (OCT) y agudeza visual (AV).

Resultados: La edad media de los pacientes incluidos en el estudio fue de 62 años. De los 14 pacientes que presentaron alteraciones neovasculares en contexto de una enfermedad paquicoroidea, 11 fueron tratados con inyecciones intravítreas siguiendo el método «treat & extend», uno mediante «Pro re nata» seguido de «Treat & Extend», dos mediante «Pro re nata» y uno se mantuvo sin tratamiento intravítreo.

El 45% (5/11) de pacientes tratados con ANTI-VEGF mediante «Treat & Extend» mejoró su AV más de 0'3 logMAR, el 36% (4/11) mejoró su AV menos de 0'3, y el 18% (2/11) mantuvo la misma AV. Los 3 pacientes tratados mediante otros métodos mantuvieron la misma AV final, sin mejoría ni empeoramiento.

Conclusiones: La terapia anti-VEGF ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de las alteraciones maculares debidas a enfermedades paquicoroideas, siendo el régimen Treat & Extend el que parece ofrecer mejores resultados visuales desde nuestra experiencia. No obstante, factores demográficos pueden influir en el pronóstico visual y resultados finales del tratamiento.



PC179 REDUCCIÓN DE LA DENSIDAD VASCULAR RETINIANA EN PACIENTES COVID-19 CON Y SIN EVENTOS TROMBÓTICOS ASOCIADOS MEDIANTE ANGIOGRAFÍA DE TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA

Noemí GÜEMES VILLAHOZ, Bárbara BURGOS BLASCO, Beatriz VIDAL VILLEGAS, Juan DONATE LÓPEZ, Lorenzo LÓPEZ GUAJARDO, Julián GARCÍA FEIJOO

Propósito: Los eventos trombóticos (ET) representan una de las principales complicaciones de la infección por el coronavirus tipo 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2). El objetivo es evaluar la densidad vascular macular (DV) y la densidad de perfusión (DP) mediante angiografía por tomografía de coherencia óptica (AOCT) en los pacientes con COVID-19, y comparar los resultados con controles sanos. El objetivo secundario es evaluar si existen diferencias en los parámetros de la AOCT entre los pacientes COVID-19 con y sin ET asociados.

Método: Estudio transversal de casos y controles que incluyó a pacientes con diagnóstico confirmado de COVID-19 con y sin ET relacionados con la infección y controles sanos emparejados por edad. Se realizó un examen oftalmológico junto con AOCT 12 semanas después del diagnóstico. Se analizaron los parámetros de AOCT macular en el plexo retiniano superficial según los sectores ETDRS.

Resultados: Se incluyeron un total de 90 pacientes, 19 pacientes COVID-19 con ET asociados, 47 COVID-19 sin ET y 29 controles sanos. 53 (55,7%) eran hombres, con una edad media de 54,4 (SD 10,2) años. Los pacientes con COVID-19 presentaron una DV significativamente menor que los controles sanos: central ($p = 0,003$), anillo interno ($p = 0,026$), anillo externo ($p = 0,001$). La DP también estaba disminuida: anillo externo ($p = 0,003$), área completa ($p = 0,001$). No se encontraron diferencias en los parámetros de OCTA entre los pacientes de COVID-19 con y sin ET.

Conclusiones: La OCTA representa una herramienta prometedora para la evaluación in vivo de los cambios microvasculares en COVID-19. Los pacientes con infección por SARS-CoV-2 muestran una DV y DP inferior a los controles sanos. Sin embargo, no se encontraron diferencias entre los COVID-19 al considerar los eventos trombóticos. Se requieren estudios prospectivos para evaluar la afectación microvascular retiniana del SARS-CoV-2 a largo plazo y su impacto en la vasculatura de otros órganos.



PC180 INFLUENCIA DEL FENOTIPO DE LESIÓN NEOVASCULAR EN DMAE NEOVASCULAR EN EL REGISTRO FIGHT RETINAL BLINDNESS SPAIN (FRB-SPAIN): RESULTADOS CLÍNICOS A 12 Y 24 MESES

Jordi IZQUIERDO-SERRA, Rubén MARTÍN-PINARDEL, Javier ZARRANZ-VENTURA, Investigadores Fight Retinal Blindness Spain

Propósito: Evaluar la influencia del fenotipo de la membrana neovascular en los resultados clínicos a 12 y 24 meses en ojos con degeneración macular asociada a la edad neovascular (DMAEn) tratada con fármacos anti-factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) en la cohorte Fight Retinal Blindness Spain (FRB Spain).

Estudio multicéntrico nacional observacional.

Método: Los ojos incluidos en el registro FRB-Spain clasificados según el fenotipo de lesión neovascular fueron incluidos: Tipo 1 (sub-EPR), tipo 2 (sub-retiniana), tipo 3 (proliferación angiomasosa retiniana, RAP) y coroidopatía polipoidea idiopática (IPCV). Se registraron datos demográficos, agudeza visual (AV) inicial y final (logMAR), número de inyecciones y tipo de fármaco a los 12 y 24 meses.

Resultados: Se incluyeron 437 ojos de 350 pacientes. La AV basal media (\pm desviación estándar) en las cohortes general, tipo 1, tipo 2, tipo 3 y IPCV fue 58,6 (\pm 19), 60,2 (\pm 16,6), 57,4 (\pm 18,6), 57,1 (\pm 20) y 56,3 (\pm 21) respectivamente ($p < 0,64$). La AV final a los 24 meses fue 62,1 (18,2), 64,3 (\pm 17,3), 60,0 (\pm 20,3), 61,4 (\pm 14,7) y 57,6 (\pm 21) ($p = 0,34$). El porcentaje de ≥ 15 letras ganadores/perdedores a los 24 meses fue: 13,8%/21,9% general, 10,5%/21,0% tipo 1, 20,6%/22,1% tipo 2, 8,3%/27,8% tipo 3 y 20,0%/13,3% IPCV. La mediana del número de inyecciones/visitas a los 12 meses fue de 8/9 en general, 8/9 en tipo 1, 7/8 en tipo 2, 8/9 en tipo 3 y 7/11 en IPCV ($p=0,856/p<0.05$) y a los 24 meses fue 11/15 en general, 13/15 en tipo 1, 13/14 en tipo 2, 13/16 en tipo 3 y 13/20 en IPCV ($p = 0.83/p<0.01$), respectivamente.

Conclusiones: Este estudio muestra diferencias en la respuesta funcional y número de inyecciones recibidas en un periodo de 24 meses según el fenotipo de lesión neovascular, resaltando la importancia pronóstica de esta clasificación.



PC181 EVALUACIÓN DE LA NUEVA CLASIFICACIÓN QUIRÚRGICA DE LAS MEMBRANAS EPIRETINIANAS

José LORENTE PASCUA, Juan de la CRUZ BULLÓN SÁNCHEZ, Ernesto PEREIRA DELGADO

Propósito: Evaluar la nueva clasificación propuesta por Govetto et al. basada en la presencia de capas foveales ectópicas internas (EIFL), para la indicación quirúrgica de la membrana epirretinianas, valorando la reproducibilidad de los resultados publicados.

Método: Se revisaron de manera retrospectiva, las membranas epirretinianas intervenidas en los últimos dos años en nuestro centro. Las cirugías fueron realizadas únicamente por dos cirujanos. Se recuperaron los datos de agudeza visual mediante registro de la historia clínica y los diferentes grosores retinianos medidos por OCT mediante registro de la base de datos de TOPCON. Se excluyeron del análisis las membranas secundarias a otros procesos.

Resultados: Se reclutaron un total de 93 ojos. De los cuales, el 4,3 % se encontraban en estadio 1, 22,8% en estadio 2, 33,7% en estadio 3 y 40% en estadio 4.

La mayor agudeza visual postoperatoria la encontramos en el grupo 3, siendo de 0,63 en notación decimal y habiendo experimentado un incremento medio de 4 líneas tras la cirugía, frente a una agudeza visual de precirugía de 0,46 y 0,47 en el estadio 2 y 4 respectivamente. Las diferencias fueron estadísticamente significativas. Asimismo, el grupo en estadio 3 fue el grupo que mayor mejoría en el estadio experimentó de media, bajando a estadio 2 o 1 el 70% de los pacientes.

Los factores predictores para la agudeza visual final fueron la agudeza visual precirugía y el estadio precirugía. Se constató una peor agudeza visual final a mayor estadio. A diferencia de los autores de la clasificación, no encontramos relación entre el grosor de la EIFL y la agudeza visual final.

Conclusiones: La clasificación propuesta por Govetto et al. es relevante para evaluar la indicación de la cirugía en MER. El estadio 3 aparenta ser el más rentable para indicar la cirugía, pero vigilando que no haya un deterioro importante de la agudeza visual o un paso al estadio 4 ya que el resultado final se empobrece.



PC182 INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO INTRAVÍTREO PARA DMAE NEOVASCULAR EN LA METAMORFOSIA CUANTIFICADA MEDIANTE EL TEST M-CHARTS

Ignacio LOZANO GARCÍA, Ana María GÓMEZ RAMÍREZ, Leonor HERNÁNDEZ ALONSO

Propósito: Valorar la relación entre la cantidad de metamorfopsia y el tratamiento intravítreo en DMAE neovascular (DMAE-nv).

Método: Estudio observacional y descriptivo en 166 ojos de pacientes caucásicos mayores de 55 años: 78 formaron el grupo control, identificados como mácula normal, DMAE precoz o intermedia; y el grupo de estudio: 88 pacientes con DMAE-nv en tratamiento con inyecciones intravítreas durante más de 12 meses. A todos los pacientes se les realizó medición de AV, espesor macular central (EMC) en OCT, cuantificación del número de inyecciones recibidas y duración del tratamiento, y medición de la metamorfopsia horizontal (MH-score), vertical (MV-score) y total (M-score) mediante el test M-CHARTS™. El estudio comparativo de la AV, EMC y M-scores se realizó con la prueba de la t-Student y Chi cuadrado, asumiendo diferencias estadísticamente significativas con $p < 0,05$.

Resultados: La edad media de los pacientes fue 77,4 [DT: 7,1] y 79,3 [8,6] años en el grupo control y grupo estudio, respectivamente. El 64,5% de los pacientes fueron mujeres. El 6% tenía la mácula normal, el 12% hallazgos típicos del envejecimiento fisiológico macular, el 15,1% DMAE precoz, el 13,9% DMAE intermedia y el 53% DMAE-nv. La AV media fue 78,82 [7,36] y 71,84 [11,47] letras ETDRS, con diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p < 0,001$). El EMC medio fue 270,26 [23,04] y 284,39 [78,17] μm ($p = 0,126$). La metamorfopsia horizontal fue 0,06 [0,15] y 0,17 [0,22] ($p < 0,001$) y la vertical 0,06 [0,13] y 0,22 [0,26] ($p < 0,001$). El M-score no se correlacionó significativamente con la duración total del tratamiento intravítreo ($p = 0,992$), ni con el número total de inyecciones recibidas ($p = 0,559$).

Conclusiones: El test M-CHARTS sirve para cuantificar y objetivar la metamorfopsia horizontal y vertical en los pacientes con DMAE-nv. No hemos encontrado relación entre la metamorfopsia y la cantidad de inyecciones intravítreas recibidas o la duración total del tratamiento.



PC183 RESULTADOS DE LA VITRECTOMÍA PARS PLANA CON RETINOTOMÍA INFERIOR EN DESPRENDIMIENTOS DE RETINA REGMATÓGENOS INFERIORES CON ROTURAS RETINIANAS INFERIORES Y VITREORRETINOPATÍA PROLIFERATIVA GRADOS B O C

Ricardo MACHADO SOARES, Joana FERNANDES, Catarina FERREIRA, Filipe SOUSA NEVES, Paula SEPÚLVEDA, Miguel BILHOTO

Propósito: Presentar los resultados quirúrgicos de la vitrectomía pars plana (VPP) con retinotomía inferior sin necesidad de pandeo escleral en el desprendimiento de retina regmatógeno inferior primario (DRR) con roturas retinianas inferiores y vitreorretinopatía proliferativa (RVP) grados B o C.

Método: Estudio retrospectivo, serie consecutiva, en un centro, de pacientes que se sometieron a VPP con retinotomía inferior por DRR inferior primario con roturas retinianas inferiores (4:00 a 8:00 horas) y VRP grados B o C. Los datos se obtuvieron de registros médicos de octubre de 2014 a noviembre de 2020. Los outcomes primarios del estudio fueron la reinserción de la retina y la mejora de la agudeza visual. Los datos recopilados antes y después de la cirugía se compararon entre los grupos mediante el análisis de chi-cuadrado y la prueba t de muestras pareadas. El nivel de significancia de los valores p resultantes se fijó en $p = 0,05$.

Resultados: Treinta y dos pacientes (32 ojos) cumplieron los criterios de inclusión. La VRP en grado B estuvo presente en 19 pacientes y el grado C en 13 pacientes. Se diagnosticó DRR macula-off en 25 pacientes, mientras que los otros 7 pacientes tenían DRR con la mácula adherida. Con respecto a los resultados primarios, 31 de 32 (97%) pacientes lograron la reinserción retiniana sin diferencias entre los grupos de VRP ($p = 0,406$). La agudeza visual mejor corregida (AVMC) mejoró significativamente en ojos con DRR sin mácula en el momento de la presentación ($p < 0,001$). Aunque los ojos DRR adheridos a la mácula tuvieron una AVMC final más alta, su mejoría no fue estadísticamente significativa ($p = 0,370$). Además de un nuevo desprendimiento de retina, no se informaron otras complicaciones significativas después de la cirugía.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que, en estos casos menos comunes y más desafiantes, la VPP con una retinotomía inferior se asocia con resultados anatómicos y visuales muy favorables.



PC184 CORRELACIÓN DE AGUDEZA VISUAL Y BIOMARCADORES ASOCIADOS AL IMPLANTE DE DEXAMETASONA INTRAVÍTREA EN PACIENTES CON EDEMA MACULAR DIABÉTICO

Almudena MORENO MARTÍNEZ, Sergio COPETE PIQUERAS, Francisco LÓPEZ MARTÍNEZ, Antonio DONATE TERCERO, Carlos CAVA VALENCIANO, Cristina BLANCO MARCHITE

Propósito: Evaluar los cambios anatómicos y funcionales tras el tratamiento con implante intravítreo de dexametasona (IDX) en ojos con edema macular diabético (EMD) no traccional, dependiendo de si fue tratado previamente con fármacos inhibidores de la angiogénesis (antiVEGF).

Método: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron pacientes consecutivos con EMD sometidos a tratamiento con IDX y controlados a los 2, 6 y 12 meses. Las imágenes con tomografía de coherencia óptica de dominio espectral fueron analizadas cuantitativa y cualitativamente. Los sujetos se dividieron en 2 grupos: pacientes tratados de inicio con IDX (naïve) o tras el tratamiento con antiVEGF.

Resultados: Un total de 128 ojos (31 naïve) fueron incluidos en el estudio, con una edad media de $64,07 \pm 10,24$ años. Previo al tratamiento, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre grupos ni en género, mejor agudeza visual corregida (MAVC), grosor retiniano central (GRC), tipo de diabetes mellitus, subtipo EMD y estado del cristalino. En el mes 2, la MAVC (logMAR) mejoró de $0,4 \pm 0,61$ a $0,3 \pm 0,37$ y $0,52 \pm 0,50$ a $0,52 \pm 0,4$ en pacientes naïve y previamente tratados respectivamente ($p < 0,05$). En el mes 6 y 12, no hubo diferencias entre grupos. Respecto al GRC, se observó en el segundo mes una reducción de al menos un 20% en 21 ojos (72,41%) del grupo naïve y en 62 ojos (71,26%) del grupo previamente tratado ($p > 0,05$ entre ambos grupos). A los 6 y 12 meses esta reducción se mantuvo en el 40% de los pacientes con $p = 0,68$ y $p = 0,83$ respectivamente, sin diferencia entre grupos. 43 ojos (33,59%) desarrollaron hipertensión ocular tras la primera inyección del IDX, sin diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,42$).

Conclusiones: En nuestro estudio no hubo diferencias en la respuesta funcional, anatómica ni en el riesgo de complicaciones tras el IDX en pacientes con EMD naïve frente a pacientes previamente tratados con antiVEGF.



PC185 ESTUDIO DE LA PREVALENCIA Y EL ESPECTRO GENÉTICO DE LAS DISTROFIAS HEREDITARIAS DE LA RETINA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

María José MORILLO SÁNCHEZ, Marina SOTO SIERRA, Marina GIRÓN ORTEGA, Mireia LÓPEZ DOMÍNGUEZ, Enrique RODRÍGUEZ DE LA RÚA FRANCH

Propósito: El propósito de este estudio es conocer la prevalencia de los distintos tipos de distrofias en nuestro medio así como describir las características sociodemográficas y genotipos de estos pacientes.

Método: Se seleccionó a la población atendida por la unidad de distrofias hereditarias de la retina de nuestro centro. De esta población, solo se han analizado los datos de aquellos pacientes con un resultado genético confirmatorio (n=122).

Las variables a estudiar fueron edad, género, tipo de distrofia, y genes afectados. El análisis de los datos ha sido realizado con SPSS 23.0 statistical software package (SPSS Inc. Chicago, IL).

Resultados: La muestra del estudio era de 122 personas, de ellos, 64 (52%) eran hombres. La edad media de los sujetos estudiados fue de 35,8 años. La distrofia hereditaria de la retina más prevalente fue la retinosis pigmentaria (22,8%), seguido por la enfermedad de Stargardt (19,5%) y del síndrome de Usher (9,8%). El gen ABCA4 (19,5%) fue el más frecuentemente alterado en nuestra muestra, seguido por el gen USH2A.

En los individuos con retinosis pigmentaria el gen más frecuentemente mutado resultó ser el gen RPGR (16,7%), seguido del RDH12(13,3%) CRB1 (10%) y RHO (10%).

Conclusiones: En este estudio hemos descrito las distrofias retinianas más prevalentes entre nuestra población, así como la correlación con los genes afectados. La distrofia más prevalente en nuestro medio es la retinosis pigmentaria seguida de la enfermedad de Stargardt.

Conocer las características de nuestros pacientes es clave para ofrecerles un óptimo seguimiento y nos permitirá orientar la investigación hacia el desarrollo de nuevas terapias.



PC186 NÓDULOS HIPERREFLECTIVOS COROIDEOS DETECTADOS MEDIANTE IMÁGENES DE REFLECTANCIA INFRARROJA COMO NUEVO CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LA NEUROFIBROMATOSIS -1

Marta OREJUDO DE RIVAS, Pablo CISNEROS ARIAS, Javier MATEO GABAS

Propósito: Investigar la posibilidad de incluir la presencia de anomalías coroideas detectadas mediante reflectancia infrarroja como nuevo criterio diagnóstico para neurofibromatosis tipo 1 (NF1).

Método: Para ello se realizó un estudio transversal en 24 ojos de 12 pacientes diagnosticados de NF1 mediante los criterios del National Institutes of Health (NIH). Un grupo de 12 individuos sanos de edad y sexo equivalente sirvió de control. Se evaluó la presencia y número de anomalías coroideas visualizadas mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) Heidelberg con reflectancia infrarroja (NIR) a la vez que la presencia de nódulos de Lisch iridianos mediante exploración con lámpara de hendidura.

Resultados: la NIR mediante OCT muestra la presencia de nódulos hiperreflectivos coroideos en la totalidad de los pacientes diagnosticados de NF1 mientras que no se observan dichas anomalías coroideas en ningún paciente control. Este hallazgo supera en frecuencia a la presencia de nódulos de Lisch iridianos.

Conclusiones: los nódulos hiperreflectivos detectados mediante NIR aparecen con mayor frecuencia que los nódulos de Lisch en la NF1. El estudio sugiere que podría ser considerado como un nuevo criterio diagnóstico para la NF1.



PC187 CAMBIOS ANATÓMICOS Y FUNCIONALES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES PAQUICOROIDEAS TRAS TRATAMIENTO CON TERAPIA FOTODINÁMICA

Guillermo PÉREZ RIVASÉS, Ismael BAKKALI EL BAKKALI, Olivia ESTEBAN FLORÍA, Ana HONRUBIA GRIJALBO, Javier ASCASO PUYUELO

Propósito: Analizar la respuesta anatómica y funcional tras 1 y 3 meses después de la terapia fotodinámica (TFD) en pacientes con enfermedades paquicoroideas mediante microperimetría de evaluación de integridad macular (MAIA) y tomografía de coherencia óptica de fuente de barrido (SS-OCT).

Método: Estudio prospectivo durante tres meses de 11 pacientes con enfermedades paquicoroideas tratados con TFD de media fluencia y dosis completa de duración estándar. Se evaluaron 22 ojos (11 casos y 11 controles) antes, un mes y tres meses después de la TFD con SS-OCT, midiendo el grosor de la retina y de coroides además de la sensibilidad retiniana, medida por MAIA y MAVC.

Resultados: El espectro paquicoroideo fue diagnosticado por FA e ICG en 8 pacientes con coriorretinopatía serosa central, uno con neovascularopatía paquicoroidea y 2 con vasculopatía coroidea polipoidea. Antes de TFD, los casos tenían una menor sensibilidad retiniana en comparación con el grupo control, así como un mes y tres meses después del tratamiento ($p < 0.05$). Los casos mostraron una mejoría en la MAVC un mes y tres meses después de la TFD y una correlación positiva con la sensibilidad en la región foveal C en ambos tiempos ($p < 0.05$). Al mes se demostró un aumento de la sensibilidad en la región foveal ($p < 0.05$) y en el resto de los sectores.

A nivel anatómico, a los 3 meses se mostró una disminución del grosor coroideo en los cuadrantes internos incluyendo el grosor coroideo subfoveal y algunas áreas externas ($p < 0.05$). Al correlacionar los cuadrantes internos del anillo parafoveal coroideo, utilizando SS-OCT y los umbrales de los 3 y radios de 5 grados (MAIA), se observó una correlación negativa media en los cuadrantes coroideos tras TFD al mes y a los tres meses.

Conclusiones: La TFD indujo una mejoría funcional precoz de la AV y sensibilidad retiniana foveal tras un mes de tratamiento así como una reducción más tardía en el grosor interno de la coroides a los 3 meses de la TFD.



PC188 VARIACIÓN DE LA CARGA ASISTENCIAL DE PACIENTES EN TRATAMIENTO ACTIVO CON FÁRMACOS ANTI-VEGF PARA PATOLOGÍA MACULAR

Nicolás PÉREZ-LLOMBET QUINTANA, Consuelo FERNÁNDEZ NÚÑEZ, Isabel FABELO HIDALGO, Oswaldo Esteban DURÁN CARRASCO, Rodrigo ABREU GONZÁLEZ

Propósito: Estudiar la variación de la carga asistencial de pacientes en tratamiento activo con fármacos anti- Factor Endotelial de Crecimiento Vascular (VEGF) en nuestro medio.

Método: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, consecutivo y unicéntrico. Se analizaron pacientes desde el 1 de enero de 2016 hasta el 1 de enero de 2021 que precisaron tratamiento con fármacos anti-VEGF, sin restricción por el tipo de indicación, en un hospital de tercer nivel. Se registraron las tasas de entrada y salida de pacientes a tratamiento activo por año y en función de su patología.

Resultados: Se incluyó un total de 5401 pacientes en el estudio. La media anual de entrada de pacientes en tratamiento activo fue de 521,75 +/- 53,64 pacientes/año y la media anual de pacientes salientes del tratamiento activo fue de 481,25 +/- 64,66 pacientes/año. Los diagnósticos con mayor entrada/año fueron el edema macular diabético (EMD) y la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) con 151,25 y 148,25 pacientes/año respectivamente. El diagnóstico con mayor número de pacientes salientes/año fue el EMD seguido de la DMAE con 142,5 y 116 pacientes/año respectivamente.

Conclusiones: Se ha alcanzado la estabilidad en la entrada y salida de pacientes a tratamiento activo con anti-VEGF en los últimos 5 años con tasas de entrada y salida prácticamente equiparables, siendo los diagnósticos de EMD y DMAE los más prevalentes.



PC189 POTENCIAL DE EXTENSIÓN DE INTERVALO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON NAMD ACTIVA A SEMANA 16: HAWK Y HARRIER A 48 SEMANAS

Laura SARAROLS RAMSAY, Ramin TADAYONI, Glenn J. JAFFE, Frank G. HOLZ, Úrsula SCHMIDT-ERFURTH, Peter K. KAISER

Propósito: HAWK/HARRIER evaluaron eficacia y seguridad de brolicizumab (Bro) vs aflibercept (Afl) en pacientes con degeneración macular asociada a edad sin tratamiento previo. Los pacientes recibieron 3 inyecciones de carga mensuales seguidas de Bro cada 12 semanas (q12s) excepto si se observaba actividad de la enfermedad (AdE) que se ajustaba a cada 8 semanas (q8s). Afl q8s según ficha técnica. Los pacientes con Bro ajustado a q8s con AdE a semana (S) 16 no pudieron cambiar a q12s. El objetivo de este análisis post-hoc es evaluar la AdE posterior en pacientes con AdE a S16 para determinar el potencial de extensión de los intervalos durante el primer año de tratamiento si lo hubiese permitido el protocolo

Método: Evaluaciones de AdE (EAdE) realizadas a 16S-20S-32S-44S en el año 1 en ambos estudios para todos los pacientes, independientemente de la presencia o no de AdE en visitas previas, siendo ésta determinada a discreción del investigador enmascarado. Este análisis post-hoc evaluó la ausencia de AdE en la cohorte emparejada de pacientes Bro y Afl con AdE a 16S usando datos agrupados de Bro6mg y Afl de ambos estudios. La ausencia de AdE en dos EAdE consecutivas se consideró sinónimo de control estable de la enfermedad

Resultados: En la primera EAdE a 16S, más pacientes Bro vs Afl no presentaron AdE (77,0% [n=540/701] vs 67,5% [n=470/696]). En el subgrupo de pacientes con AdE a 16S, más pacientes Bro vs Afl presentaron ausencia de AdE en cada EAdE posterior en el año 1. Una mayor proporción de pacientes Bro vs Afl presentaron ausencia de AdE en dos EAdE consecutivas (S20/32: Bro=56,8%, Afl=45,2%; S32/44: Bro=66,9%, Afl=51,2%)

Conclusiones: En HAWK/HARRIER más pacientes tratados con Bro vs Afl con AdE a 16S no presentaron AdE en EAdE posteriores desde la S20, incluyendo EAdE consecutivas. Estos hallazgos indicaron mayor potencial para la extensión del intervalo de tratamiento y un control robusto y estable de la enfermedad con Bro en el primer año de tratamiento.



PC190 ESTUDIO DE LOS ARTEFACTOS EN ANGIOGRAFÍA POR OCT

Lourdes VIDAL OLIVER, Ana LÓPEZ MONTERO, Ferrán ALARCÓN CORRECHER, Cristina LARA DIESTRE, José Miguel VILAPLANA MORA, Francisca GARCÍA IBOR

Propósito: Describir la frecuencia y características de los artefactos en angiografía por OCT (OCTA) y su relación con hallazgos clínicos.

Método: Revisión retrospectiva de todos los scans de OCTA maculares que se realizaron con DRI-OCT-Triton (Topcon®) en un hospital terciario durante el mes de abril de 2021. Se analizan las imágenes conjuntamente en la proyección en face y B-scan con superposición de flujo por un único observador, describiendo la presencia o no de los diferentes artefactos: de proyección, de segmentación, de sombra, falso flujo, de movimiento y de partículas suspendidas en movimiento (SSPiM). También se recogió el diagnóstico de los pacientes.

Resultados: Se analizan 84 scans y en 83 se encontró algún artefacto (98,8%). El más frecuente es el artefacto de proyección (N=79, 94%), seguido por el de movimiento o «línea blanca» (N=67, 79,8%), el de sombra (N=58, 69%), el de segmentación (N=23, 27,4%) y el de falso flujo (N=19, 22,6%). El menos frecuente es el artefacto SSPiM (N=3, 3,6%).

Las asociaciones principales encontradas entre diagnóstico y artefacto son miopía patológica y artefacto de segmentación (75%), y drusas y falso flujo (80%).

Conclusiones: Los artefactos están presentes en la mayoría de imágenes de OCTA y su conocimiento es necesario para la correcta interpretación de las mismas. Las patologías con alteración de la estructura retiniana favorecen la aparición de los artefactos.



VÍDEOS

V1 EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR DE CATARATA SIN SUTURAS (SICS)

Rafel ALCUBIERRE BAILAC, Mónica LECUMBERRI LÓPEZ, Carlos L. MOSER WÜRTH

Introducción: La extracción extracapsular de catarata sin suturas (Small Incision Cataract Surgery) es la técnica de elección en países de baja renta. Es altamente coste-efectiva respecto a la facoemulsificación y tiene mayor perfil de seguridad respecto a cirugía extracapsular por incisión corneal, al mantener la profundidad de la cámara anterior en todo momento y al eliminar la necesidad de suturas.

Técnica quirúrgica: Anestesia retro-peribulbar. Sutura de tracción en recto superior. Peritomía conjuntival superior con base limbo y cauterización de vasos episclerales.

Preparación del túnel escleral: marcado de la incisión a 2 mm del limbo, con cuchillete de 45°, en forma de sonrisa invertida de 5 mm de longitud. Disección del túnel con escarificador a una profundidad del 50% del espesor escleral, hasta córnea clara. Ampliación lateral en abanico, sin entrar en cámara anterior.

Paracentesis con cuchillete de 45°, inyección de azul tripán, viscoelástico y realización de capsulorrexis continua con cistitomo. Debe ser amplia para permitir la luxación del núcleo.

Apertura de incisión principal a cámara anterior mediante cuchillete de 2,6 mm a través del túnel escleral, penetrando en cámara anterior de forma valvulada.

Ampliación del túnel lateralmente siguiendo el mismo plano.

Hidrodissección del núcleo en saco y luxación a cámara anterior.

Protección endotelial con metilcelulosa y extracción con asa dentada.

Aspiración de masas mediante cánula de irrigación Simcoe.

Implante de lente a través del túnel bajo soporte viscoelástico.

Comprobación de la estanqueidad del túnel y cauterización del borde de la peritomía.

Inyección de metilprednisolona subconjuntival y antibiótico intracameral.

Conclusión: La SICS puede ser la técnica de elección en cataratas brunescentes e hiper maduras. Aporta las ventajas de la extracción extracapsular en cuanto a seguridad y las de la facoemulsificación en cuanto a rapidez en recuperación visual y simplicidad en el tratamiento postoperatorio.



VÍDEOS

V2 ANCLAJE DEL COMPLEJO SACO-LIO LUXADO CON TÉCNICA DE CANABRAVA

José Ignacio BLÁZQUEZ GARCÍA, Eva VILLOTA DELEU

Introducción: Dentro de las técnicas de tratamiento quirúrgico de los complejos saco-lío luxados se encuentran aquellas dirigidas a conseguir su anclaje y centrado.

Técnica quirúrgica: El Dr J. Canabrava describió la sujeción de lentes implantadas en caso de pérdida del saco capsular durante la cirugía de cristalino, utilizando suturas de prolene de 5 ó 6 / 0.

Conclusión: En el vídeo se describe, basándose en este método, como es posible la recolocación de los complejos luxados con suturas de prolene, sin realizar flap esclera, coagulando los extremos con cauterio para impedir su caída a vítreo.



VÍDEOS

V3 CIRUGÍA DE CATARATA CON MANIOBRAS COMPLEJAS EN PACIENTE CON SÍNDROME IRIDOCORNEOENDOTELIAL

Silvia FEU BASILIO, Elena MILLÁ GRIÑÓ, Valeria OPAZO TORO

Introducción: El síndrome iridocorneoendotelial (ICE) es una patología rara que provoca anomalías iridianas, glaucoma y descompensación corneal. Todos estos cambios pueden complicar la cirugía de cataratas. Presentamos un caso de cirugía de catarata con maniobras complejas en una paciente con síndrome ICE.

Técnica quirúrgica: Se procede a la cirugía bajo sedación y anestesia retrobulbar. Se realiza primero sinequiolisis mecánica, se colocan ganchos de iris y se tiñe con azul Trypan. Se observa una membrana ectópica sobre la cápsula anterior del cristalino que se extrae realizando una pseudocapsulorrexis. Se procede entonces a la verdadera capsulorrexis y se termina la cirugía sin complicaciones.

Conclusión: Los pacientes con síndrome ICE presentan alteraciones que pueden complicar la cirugía de cataratas. El hallazgo de una membrana ectópica sobre la cápsula anterior del cristalino es muy raro pero compatible con la base fisiopatológica del síndrome.



V4 VÉRTIGO. NUEVAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA RECOLOCAR LENTES INTRAOCULARES MULTIFOCALES

Fernando GONZÁLEZ DEL VALLE, Agustín NÚÑEZ SÁNCHEZ, María José DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ, Miguel De FRUTOS LEÓN

Introducción. Proponemos nuevas técnicas quirúrgicas para la recolocación y recentrado de lentes intraoculares multifocales malposicionadas, dislocadas o desplazadas, aprovechando los recursos capsulares que tengamos en cada momento y evitando el explante de las mismas, sobre todo en los casos en el que el ojo adelfo tiene ya implantada una lente multifocal.

Técnica quirúrgica. Mostramos diferentes técnicas quirúrgicas en formato videográfico: el volteo de una lente multifocal de tres piezas pupilotropa colocada en sulcus ciliar después de una cirugía complicada de catarata; el trasplante de óptica de una lente intraocular multifocal a los antiguos hápticos fibrosados en el saco capsular en un caso de piggy-back con daño de las ópticas por láser YAG y la recolocación y refijación de una lente intraocular multifocal monobloque tras una ruptura de la cápsula posterior en una cirugía complicada de catarata, utilizando un sistema de anclaje en la unión de las hápticas a la óptica mediante un nudo vaca (cow-hitch) modificado.

Conclusión. La malposición, dislocación o descentrado de las lentes multifocales pueden ser un motivo para su explantación, lo que condiciona la visión binocular del paciente si en su ojo adelfo tiene previamente implantada otra lente multifocal. En casos muy específicos es posible recambiar sólo la óptica de la lente intraocular, manteniendo los hápticos originales en el saco capsular. Esta nueva maniobra puede permitir el correcto posicionamiento de la nueva óptica multifocal, incluso en casos de capsulotomía posterior. La técnica de nudo vaca modificado en la unión de las hápticas con las ópticas de las lentes multifocales monobloque podría ser una alternativa para la refijación y recentrado de este tipo de lentes en caso de subluxación de las mismas tras una cirugía complicada de catarata.



VÍDEOS

V5 CIRUGÍA DE CATARATA CON LENTE INTRAOCULAR FÁQUICA (LIOF) ARTISAN Y PELADO DE MEMBRANA LIMITANTE INTERNA

Cristina RODRÍGUEZ VIDAL, Lucía GALLETERO PANDELO, Nerea MARTÍNEZ ALDAY

Introducción: El uso de lente intraocular fáquica (LIOf) de soporte iridiano está altamente extendido en el tratamiento refractivo de la miopía en aquellos casos en los que no esté indicada la cirugía corneal por riesgo de ectasia o se prefiera mantener la capacidad acomodativa del paciente. Con el paso del tiempo, es habitual que estos pacientes acaben necesitando una cirugía de extracción del cristalino por una opacidad subjetiva u objetiva a la hora de realizar cirugías retinianas, como en el caso de pacientes con patología quirúrgica macular, lo que supone un reto en su manejo.

Técnica quirúrgica: Se realiza una facoemulsificación con implante de lente intraocular en una paciente miope magna con lente fáquica Artisan e imagen de agujero macular sobre una fibrosis extensa en el fondo de ojo. Una vez realizada la cirugía de catarata, se extrae la Artisan desanclándola del iris con ayuda de un cistitomo y ampliando la microincisión habitual de 3,4mm a 6mm. A continuación, se realiza una vitrectomía pars plana por 23G y se lleva a cabo una tinción dual de la membrana limitante interna para comenzar el pelado con un pincel de Tano con polvo de diamante y continuar con pinzas hasta despegarla por completo de la retina y dejar libre la mácula, lo que permite el cierre del agujero macular.

Conclusión: La facoemulsificación e implante de lente intraocular manteniendo la LIOf Artisan con su posterior extracción, es una técnica eficaz que permite mantener una dinámica de fluidos intraoculares segura con un menor número de eventos adversos, como se demostró en este caso.



VÍDEOS

V6 KERATORIC: QUERATOSCOPIO DINÁMICO EN LA CIRUGÍA DE CRISTALINO Y SU UTILIDAD EN EL POSICIONAMIENTO DE LENTES TORICAS, INCISIONES CORNEALES Y GUIADO DE CAPSULOUREXIS

Ramón TORRES IMAZ, Rafael BILBAO CALABUIG, Félix GONZÁLEZ LÓPEZ,
Francisco CALLE DÍEZ

Introducción: Keratoric es un dispositivo patentado que se conecta a un microscopio quirúrgico. Es un queratoscopio avanzado que ayuda principalmente en la cirugía de cataratas.

Técnica quirúrgica: Consta de dos plataformas que giran de forma independiente. La primera plataforma circular tiene luces radiales verdes y azules espaciadas cada 30 grados, correspondiendo las luces verdes a 0, 90, 180 y 270 grados. En la parte delantera de la primera plataforma hay un marcador de grado asociado a las luces verde y azul, con el que podemos posicionar con precisión las luces laterales blancas de la segunda plataforma. En el exterior de la primera plataforma hay tres luces circulares que podemos iluminar de forma independiente, pudiendo regular también la intensidad de su iluminación.

La luz radial blanca de la segunda plataforma gira independientemente de las luces verde y azul, por lo que podemos posicionarla de manera muy precisa, gracias al marcador de grados adherido a la primera plataforma.

Conclusión: Las principales utilidades de este dispositivo son para atender cirugías en las que se necesita un posicionamiento a nivel ocular, como:

- Principales incisiones de la cirugía de cataratas.
- Incisiones apareadas relajantes
- Posicionamiento de lentes intraoculares tóricas para cirugía de cataratas
- Colocación de lentes tóricas fáquicas
- Guiado en la realización de capsulorrexis, con diferentes tamaños de proyección
- Centrado de lentes multifocales
- Cálculo o compensación de ciclotorsión en cirugía de estrabismo
- Colocación de anillos intracorneales



VÍDEOS

V7 FIJACIÓN ESCLERAL DE COMPLEJO LENTE INTRAOCULAR – IRIS ARTIFICIAL REPER MODELO C

Eva GONZÁLEZ AQUINO, Óscar MARTÍN MELERO, José Manuel GRANADOS CENTENO, Almudena MORENO MARTÍNEZ

Introducción: Paciente con antecedente personal de traumatismo ocular con herida esclerocorneal, iris exteriorizado y afaquia en el ojo derecho. Fue intervenido inicialmente de urgencia quedando con aniridia parcial y afaquia como secuelas. Se indicó, por intolerancia a lentes de contacto, implante secundario de lente intraocular (LIO) de tres piezas suturada a sulcus que posteriormente se desplazó. Se propuso al paciente la posibilidad de sustituirla por un complejo LIO – iris artificial con la finalidad de mejorar la agudeza visual, eliminar la fotofobia y obtener un mejor resultado estético.

Técnica quirúrgica: Marcado de puntos de referencia corneales, disección conjuntival y de colgajos esclerales previa diatermia. Paracentesis e introducción de viscoelástico intracameral y mantenedor de cámara anterior. Incisión corneal de 5mm. Vitrectomía anterior. Introducción intraescleral de suturas de prolene 10/0 con aguja recta. Fijación de suturas de prolene a LIO. Introducción de LIO. Sutura continua de incisión con nylon de 10/0. Retirada de mantenedor de cámara anterior y sutura de paracentesis con nylon de 10/0. Fijación de LIO anudando las suturas de prolene. Cierre de los colgajos esclerales y de la conjuntiva con nylon de 10/0.

Conclusión: El complejo lente intraocular – iris artificial Reper modelo C es una buena opción para el tratamiento de pacientes con aniridia (parcial o completa) y afaquia traumáticas, que permite una buena corrección refractiva (rango de potencias 0.00 a +40.00D) y estética (más de 300 colores). Es una LIO plegable que permite su introducción por incisiones de menor tamaño. En nuestro paciente, tras un mes postoperatorio, se ha conseguido disminución de la fotofobia y mejoría de la AV. Existe un pequeño desplazamiento superonasal de la LIO imperceptible macroscópicamente. No han ocurrido complicaciones en el postoperatorio temprano. El paciente se encuentra muy satisfecho con el resultado tanto funcional como estético conseguido.



VÍDEOS

V8 BILENSECTOMÍA ARTISAN EN PACIENTE CON QUERATOTOMÍA RADIAL

Raúl MARTÍNEZ CASTILLO, Jorge L. ALIÓ Y SANZ

Introducción: Las lentes intraoculares fáquicas (pIOL) de anclaje iridiano proporcionan buenos resultados visuales en la corrección de ametropías altas y en defectos refractivos altos en pacientes con queratocono y aquellos con una queratoplastia o queratotomías previa.

A pesar de los resultados visuales favorables, surgen algunas preocupaciones con respecto a la formación de cataratas y principalmente, la pérdida de densidad de células endoteliales (ECD) después de su implantación; siendo ambas indicaciones para la explantación pIOL o bilensectomía.

Técnica quirúrgica: Después de la administración de anestesia local, se realizó un túnel escleral de 5.5mm, se realizaron dos paracentesis de 1 mm a las 10 y 2 horas. Se inyectó viscoelástico dispersivo (Viscoat) en la cámara anterior para recubrir el endotelio. La óptica del pIOL se agarró con unas pinzas y se desenclavaron los hápticos del iris. La pIOL se rotó a una posición vertical y se explantó a través de la incisión escleral. La incisión escleral se suturó de forma continua y doble con Nylon 10-0, seguida de la extracción de la catarata mediante facoemulsificación. Para la facoemulsificación se realizó una incisión en cornea clara de 2.2 mm y se realizó mediante la técnica Faco-Chop. Después de quitar la catarata se implantó la LIO monofocal tórica de cámara posterior en el saco capsular. Se gira la lente hasta el eje de 40° y se hidrataron las paracentesis corneales después de inyectar antibiótico intracameral. Por último, se sutura conjuntiva.

Conclusión: Los pacientes implantados con un pIOL eventualmente se someterán a una bilensectomía debido al desarrollo natural de una catarata relacionada con la edad o una catarata iatrogénica. Si además el paciente presenta una intervención corneal previa, la biometría y la técnica quirúrgica se dificultan. Todo ello unido a la poca evidencia publicada, hace de estos casos un auténtico reto terapéutico.



V9 DIFERENTES TÉCNICAS QUIRÚRGICAS DE RESCATE PARA UN MISMO DISPOSITIVO XEN

Marta BELMONTE GRAU, Rafael RAMOS ROJAS, Silvia IGLESIAS CERRATO, Andrés PÉREZ CASAS

Introducción: El dispositivo XEN® representa una opción relativamente nueva de tratamiento en la cirugía MIGS. Se ha demostrado eficaz en reducir la PIO y en disminuir el número de fármacos para el glaucoma, manteniendo un buen perfil de seguridad. No obstante, alrededor de un 20% de los casos no consiguen ser funcionales y requieren reintervención.

Presentamos el caso de una paciente operada de cirugía combinada. A las pocas semanas de la intervención, la ampolla subconjuntival presentaba un aspecto plano y unos valores de PIO no satisfactorios. Ante esto se decide revisar en quirófano el implante XEN.

Técnica quirúrgica:

1. Se disecciona la conjuntiva a nivel del limbo para exponer la porción externa del implante. Se comprueba la ausencia de fibrosis alrededor del dispositivo
2. Se realiza una gonioscopia intraquirúrgica en la que se aprecia contacto endotelial en la porción interna del implante. Se tracciona ligeramente para conseguir liberarla, sin conseguir el flujo de humor acuoso (HA) esperado
3. Se procede a administrar visión blue en cámara anterior a través de una paracentesis, para confirmar la comunicación entre ambos espacios. Se aprecia el relleno añil del lumen, pero con flujo insuficiente del colorante por el extremo externo
4. Se administra suero a presión con una cánula de hidrodisección a través del extremo distal del dispositivo para intentar eliminar la posible obstrucción
5. Se decide recortar el extremo del XEN observándose la salida de HA continua por el extremo externo.
6. Finalmente, se coloca un implante de Ologen con la técnica de sandwich para minimizar la fibrosis postoperatoria. Se sutura la conjuntiva con puntos simples y, se comprueba la formación adecuada de la ampolla.

Conclusión: Hasta un 20% de los implantes de XEN no consiguen ser funcionales y requieren reintervención. Las diferentes maniobras realizadas en nuestro caso proporcionan varias alternativas para alargar la vida de un mismo dispositivo, antes de valorar el recambio.



VÍDEOS

V10 NEEDLING CON MARCAJE DE FLAP ESCLERAL

Marta Isabel MARTÍNEZ SÁNCHEZ, Consuelo GUTIÉRREZ ORTIZ, Sara RODRIGO REY, Gabriel LIAÑO SANZ-DÍEZ DE ULZURRÚN

Introducción: En la trabeculectomía y en la esclerectomía profunda no perforante las cicatrices subconjuntivales y subesclerales se consideran la primera causa de fracaso quirúrgico. La revisión de la ampolla es realizada a ciegas y la hemorragia subconjuntival se produce en ¼ de las ocasiones lo que dificulta más aun la visualización. Presentamos una nueva maniobra de marcaje del flap escleral, que permite localizar la solapa escleral de forma sencilla.

Técnica quirúrgica: Bajo microscopio quirúrgico en condiciones de esterilidad se coloca una sutura de tracción corneal que expone el sitio quirúrgico. Se inyectan 0,1 ml de lidocaína 1% subconjuntival. Para localizar el flap escleral se presiona la ampolla con una cánula, realizando movimientos desde limbo corneal hasta fórnix conjuntival dejando la ampolla avascular, lo que permite apreciar con claridad la ubicación del flap. A continuación, los límites del flap serán marcados con una pinza Kelman-McPherson impregnada en rotulador quirúrgico. Aproximadamente a 10 mm distal a la ampolla a través de espacio subconjuntival se introduce una aguja de 30 mm que alcance el flap y se realizará un movimiento en abanico que romperá las adherencias. Al final del procedimiento se inyecta 0,1 ml de MMC (0,02%) en el espacio subconjuntival a 10 mm del flap, cauterizándose el punto de entrada. Finalmente se comprobará la permeabilidad de la ampolla introduciendo BSS en cámara anterior.

Conclusión: La revisión con agujas de las ampollas fallidas permite restaurar el flujo de humor acuoso gracias a la ruptura del tejido fibrótico. A pesar de ser una técnica sencilla, al tratarse de un procedimiento realizado a ciegas, la maniobra puede resultar difícil y las hemorragias subconjuntivales pueden comprometer el éxito quirúrgico. Proponemos una sencilla variación del needling que facilita la visualización del flap escleral, lo que ayuda a elevarlo de forma más precisa, realizándose movimientos más efectivos en la ruptura de adherencias.



VÍDEOS

V11 IMPLANTE XEN AB-EXTERNO TRANSCONJUNTIVAL

Maria Jesús MUNIESA ROYO, Valeria OPAZO TORO, Silvia FEU BASILIO, Jordi IZQUIERDO SERRA

Introducción: El implante XEN es un dispositivo para la cirugía de glaucoma que consiste en un pequeño tubo de drenaje de un polímero derivado de colágeno no degradable que conecta la cámara anterior (CA) del ojo con el espacio subconjuntival. Tiene una longitud de 6 mm con un diámetro externo de 150 micras y un diámetro interno de 45 micras. Ha sido diseñado para su implantación ab-interno pero se han publicado casos de abordaje ab-externo. Presentamos la técnica quirúrgica de implantación del XEN 45 ab-externo sin disección de la conjuntiva y sin entrada en cámara anterior ni uso de viscoelásticos.

Técnica quirúrgica: Bajo anestesia subtenoniana, realizamos un bolsillo corneal de espesor parcial para movilizar el ojo, marcamos la conjuntiva nasal superior a 3 mm del limbo para indicar la zona de entrada a través de la esclera. Inyectamos lidocaína 2% con 0.1 ml adrenalina 1mg/ml subconjuntival y posteriormente 0.1ml de mitomicina C al 0.01% alejada del limbo. Introducimos el dispositivo XEN a través de la conjuntiva a 7-8mm del limbo y avanzamos en el plano subconjuntival hasta entrar en la esclera a 3 mm del limbo. Tras realizar un túnel escleral de 2 mm entramos en la CA hasta visualizar la punta del inyector y proceder a la liberación del XEN con la maniobra de retirada del inyector desde la CA a la conjuntiva. Se comprueba la longitud correcta del implante en CA y subconjuntival así como su movilidad. Observamos la formación espontánea de la ampolla y se verifica la estanqueidad de la conjuntiva en el punto de entrada del inyector.

Conclusión: La implantación ab-externo del implante XEN se presenta como una alternativa segura y eficaz para la colocación del implante XEN con las ventajas de evitar la apertura de la CA y la utilización de viscoelásticos. De especial interés en pacientes fáquicos y en cirugía aislada de XEN. Como precaución hay que asegurar la estanqueidad de la conjuntiva en el área de entrada del dispositivo.



VÍDEOS

V12 ABORDAJE QUIRÚRGICO EN RUPTURA O ESTALLIDO OCULAR

Víctor LÁZARO-RODRÍGUEZ, Jeroni NADAL REUS, Amaia LATORRE-GARICANO

Introducción: El estallido o ruptura ocular constituye un defecto de grosor total de la pared ocular causado por un traumatismo de gran energía que aumenta súbitamente la presión intraocular y provoca la ruptura de la pared ocular.

Se presenta el caso de un varón de 74 años que acude por pérdida de visión en ojo izquierdo tras traumatismo. La agudeza visual es de localización luminosa. A la exploración destaca quemosis hemorrágica, cámara anterior de grado 0, prolapso iridociliar hacia cuadrante nasal, subluxación de cristalino, vítreo previo hemorrágico y desprendimiento coroideo. Se pauta antibioterapia y corticoterapia sistémicas y se procede al abordaje quirúrgico urgente.

Técnica quirúrgica: Se realiza peritomía limbar confirmando herniación de iris y subluxación de cristalino. Se efectúan dos suturas corneoesclerales que permitan extraer el cristalino entre ellas e ir cerrando una vez se va extrayendo. Con una cánula de viscoelástico se ejerce presión interna produciendo la luxación externa del cristalino y así evitar hipotonía brusca. Se corta la herniación de vítreo con tijera Westcott y se retira cuidadosamente evitando tracciones. Se efectúan 14 suturas corneoesclerales, colocando un tubo de una cánula de 20G entre las suturas y el iris, de manera que ejerza presión sobre el iris hacia el interior y éste no se encarcere. El tubo se va desplazando conforme se van ajustando las suturas. Una vez coaptada la pared ocular, se drena el desprendimiento coroideo y se procede a la vitrectomía pars plana. Existe una hemorragia vítrea, realizándose vitrectomía anterior, media y posterior completas. Se efectúa intercambio a aire, endofotocoagulación 360° e intercambio a silicona.

Conclusión: El estallido ocular representa una urgencia quirúrgica, siendo el abordaje quirúrgico diagnóstico y terapéutico. El pronóstico va a depender del tamaño de la rotura y la herniación del contenido intraocular, del estado del nervio óptico, así como del epitelio pigmentario macular.



VÍDEOS

V13 MANEJO EN CONSULTA DE LAS ESTENOSIS CANALICULARES CON SONDA MONOKA® ADAPTADA

Alejandro SERNA GÓMEZ, José Manuel ORTIZ EGEEA, María José CARRILERO FERRER, María Antonia FAGÚNDEZ VARGAS

Introducción: Las estenosis canaliculares son una casusa frecuente de epífora en las consultas. Si estas estenosis son parciales y no están asociadas a obstrucción de la vía lagrimal baja, pueden ser tratadas de manera ambulatoria en la consulta mediante la dilatación de la vía lagrimal y posterior colocación de una sonda Monoka® modificada y adaptada sin necesidad de ser recuperada a través de la fosa nasal.

Técnica quirúrgica: Los sistemas de intubación monocanaliculares FCI Monoka® han sido diseñados para tratar las obstrucciones del conducto nasolagrimal y la estenosis canalicular.

Se presenta una técnica que permite la colocación de este stent de manera sencilla en el tratamiento de las estenosis canaliculares parciales sin necesidad de manipular la fosa nasal y con la ventaja de poder ser realizada en la consulta.

Bajo anestesia tópica y de contacto mediante hemostetas empapadas en la solución, se realiza una dilatación manual del punto lagrimal y canaliculo adyacente. Posteriormente con una sonda de Bowman se comprueba el grado de estenosis, si esta puede ser salvada y medimos los milímetros (mm) de sonda introducida desde el punto lagrimal hasta el tope duro que ofrece el saco sobre el hueso lagrimal. Se debe verificar la permeabilidad de la vía lagrimal baja mediante siringación.

Se recorta de manera biselada una sonda Monoka con la longitud en mm determinada por la sonda de Bowman. El corte biselado junto a la aplicación de una pomada o ungüento sobre la sonda, facilita el paso y tutorización del canaliculo.

El paciente recibe una pauta corta posterior de corticoide y antibiótico tópico durante una semana. La sonda es retirada en consulta a los 3 meses

Conclusión: Se trata de una técnica sencilla para tratar la epífora secundaria a estenosis parcial canalicular que ofrece la ventaja de poder ser realizada en consulta. Supone una alternativa extra a otros sistemas mono/bicanalicares presentes en el mercado para el manejo de las estenosis.



VÍDEOS

V14 CERCLAJE PUPILAR EN PACIENTE CON MIDRIASIS ARREACTIVA Y CATARATA SUBLUXADA POSTRAUMÁTICAS

Arturo TALEGO SANCHA, Amparo TORO FERNÁNDEZ, Sergio MATAS GRANADOS, Miguel Ángel MONTENEGRO QUINTANA

Introducción: La lesión del músculo esfínter pupilar genera una pupila midriática no reactiva a la luz o acomodación. Esto ocasiona alteraciones visuales diversas (halos, fotofobia, disminución de agudeza visual, etc.), afectación estética y distorsión en las relaciones anatómicas intraoculares, que en conjunto disminuyen significativamente la calidad de vida.

Una opción terapéutica resolutive en casos en que el estroma iridiano está preservado es el cerclaje de iris. El iris artificial es costoso y se implanta en saco o sulcus, alterando la estabilidad zonular y pudiendo comprometer el espacio iridocorneal y la salida de humor acuoso. En casos con hipertensión ocular o inestabilidad zonular el cerclaje de iris puede ser de elección frente al iris artificial.

Técnica quirúrgica: Paciente varón de 50 años con midriasis arreactiva secundaria a traumatismo contuso en ojo derecho. En la exploración inicial se observa midriasis traumática, catarata subluxada e hipertensión ocular no controlada con cuatro fármacos.

Se decidió intervenir la catarata con implante de anillo de Cionni (logrando la estabilidad zonular tras suturarlo a esclera) y colocación posterior de LIO endosacular. Se aprovecharon las incisiones ya hechas y se realizaron otras dos paracentesis en los cuadrantes inferiores restantes. Un hilo de polipropileno 10-0 y aguja curva es pasado entre incisiones contiguas tras atravesar 2 o 3 veces el esfínter pupilar, y se repite el proceso en el resto de cuadrantes. Cuando se llega al cuadrante inicial, se ajusta el grado de miosis deseada mediante nudo corredizo anudado en iris. El paciente experimentó una mejoría de su agudeza visual de 20/32 a 20/20 así como una mejoría de su clínica.

Conclusión: El cerclaje pupilar es una técnica laboriosa pero muy resolutive en casos de midriasis arreactiva. La consecución de esta técnica aporta al cirujano una excelente alternativa al implante de iris artificial con un gran resultado anatómico y funcional.



VÍDEOS

V15 RECESIÓN PARCIAL DE RECTO INFERIOR: TRATAMIENTO DE DIPLOPÍA ASOCIADA A DESVIACIÓN VERTICAL LEVE

Pilar MERINO SANZ, Pilar GÓMEZ DE LIAÑO SÁNCHEZ, Álvaro MATA MADRID, Nuria DÍAZ GUTIÉRREZ

Introducción: el tratamiento del estrabismo vertical de pequeño ángulo es problemático. Las desviaciones verticales (DV) pequeñas no producen alteraciones estéticas, pero sí diplopía porque la pequeña amplitud de fusión vertical no logra compensar desviaciones mayores de 4 dioptrías prismáticas (dp). Con el fin de ofrecer un tratamiento quirúrgico del estrabismo vertical de pequeño ángulo más preciso, se han ideado algunos procedimientos como la tenotomía parcial graduada, mini tenotomía, mini plegamientos y recesiones parciales. En este vídeo se va a explicar como se realiza una recesión parcial de recto inferior para corregir una hipotropía con mayor diplopía en infraversión.

Técnica quirúrgica: la recesión parcial temporal o nasal de uno de los extremos del recto superior o inferior se indica si la DV es ≤ 10 dp (1 mm de recesión parcial corrige 1,5 dp de DV). Si la DV aumenta en supravversión se opera el recto superior, y el recto inferior si aumenta en infraversión. En los casos con exciclotorsión objetiva o subjetiva se opera el extremo nasal de los rectos superiores o los temporales de los inferiores, o al contrario en inciclotorsión.

Conclusión: las ventajas de la recesión parcial son su sencillez, su corto tiempo quirúrgico, la disminución de potencial riesgo de isquemia del segmento anterior al dejar intacto un extremo muscular, realizarla con anestesia tópica y la posibilidad de reconvertir a una recesión completa en un segundo tiempo quirúrgico en caso de hipocorrección. Está indicada como tratamiento para los estrabismos verticales de ángulo pequeño con diplopía y en nuestra experiencia ofrece muy buenos resultados con ausencia de complicaciones y de hipercorrecciones



VÍDEOS

V16 VAPORIZACIÓN DE LESIONES BENIGNAS CON LÁSER CO2 EN OFTALMOLOGÍA

Daniel MORAL CASILLAS, Ignacio TAPIAS ELÍAS, Ana María ANGULO GRANADILLA

Introducción: el láser CO2 es un láser ablativo empleado en la vaporización de queratosis actínicas, verrugas o xantelasmas. Son frecuentes complicaciones menores como hiperpigmentación, eritema o dermatitis. Está contraindicado en caso de uso de isotretinoína los 6 meses previos, infección cutánea activa, radioterapia previa o enfermedades del colágeno vascular. Debe evitarse en lesiones sospechosas de malignidad ya que impide la toma de biopsias. Presentamos la vaporización de xantelasmas en párpados superiores, queratosis seborreica junto a punto lagrimal inferior y fibroma en línea de pestañas.

Técnica quirúrgica: Emite una luz infrarroja invisible con una longitud de onda de 10,600 nanómetros y emplea como cromóforo el agua intracelular y extracelular. Una vez absorbe la luz, se libera energía a los tejidos aumentando su temperatura y causando su vaporización al alcanzar los 100 °C. Empleamos el modo fine pulse, en el que se aplican impactos de potencia elevada y duración breve (por debajo del tiempo de relajación epidérmico), vaporizando el tejido capa por capa y evitando su carbonización. Tras haber vaporizado una capa, se usa un apósito húmedo para retirar los detritus. La pieza de mano incluye un láser diodo inocuo para la piel que emite una luz en el espectro visible y actúa como luz guía. Debe emplearse un extractor de humo, al producirse con la vaporización la aerosolización de partículas víricas.

Conclusión: el láser CO2 permite una vaporización muy selectiva de las lesiones dada la escasa difusión del calor a los tejidos circundantes. También lleva a cabo una coagulación de los vasos sanguíneos y linfáticos menores de 0,5mm, reduciendo el sangrado y edema postoperatorio. Es una alternativa en el tratamiento de los xantelasmas, siendo reproducible y con menores tasas de recidiva. Es imprescindible una buena exploración física, siendo útil un conocimiento dermatoscópico, que evite vaporizar lesiones sospechosas de malignidad.



VÍDEOS

V17 MANEJO QUIRÚRGICO DE LAS COMPLICACIONES ASOCIADAS A IMPLANTES DE HIDROGEL EN EL TRATAMIENTO DE LOS DESPRENDIMIENTOS DE RETINA

Sergio PÉREZ DE PAZ, Rosa María JIMÉNEZ ESCRIBANO, Isabel FESSER OROZ, María Famara DOBLADO SERRANO

Introducción: Los implantes de hidrogel fueron empleados durante años en el tratamiento del desprendimiento de retina. La alta tasa de complicaciones asociadas hizo que se abandonasen por otras técnicas.

Presentamos el caso de una paciente de 52 años con antecedente de desprendimiento de retina en ojo izquierdo intervenido 20 años antes en otro centro que acude a urgencias derivada por su médico de atención primaria con diagnóstico de celulitis preseptal de párpado inferior. A la exploración se aprecia importante inflamación palpebral, ojo en hipertropía, restricción de todos los movimientos extraoculares y salida espontánea de material de aspecto gelatinoso y purulento por reborde orbitario temporal que aumenta a la digitopresión. Tras exploración en consulta y realización de pruebas de imagen se diagnostica de extrusión de cerclaje escleral con absceso orbitario secundario a explante de hidrogel hidratado.

Técnica quirúrgica: Disección de conjuntiva fibrosada por temporal superior y temporal inferior con retirada parcial del cerclaje. Se procede a retirada progresiva de material abscesificado con aspecto de hidrogel hidratado, con gran dificultad debido a la fragmentación del implante y la friabilidad de la esclera subyacente. Se envían muestras a anatomía patológica y microbiología. Posteriormente se consigue extirpar el resto del cerclaje y se continúa con la extracción de material profundizando lo máximo posible en el margen temporal orbitario. Al finalizar se realiza irrigación de la cavidad orbitaria con gentamicina diluida y sutura de la conjuntiva.

Conclusión: Las complicaciones relacionadas con implantes de hidrogel requieren un análisis prequirúrgico detallado, con un buen estudio de imagen previo, para valorar el abordaje más adecuado en su extracción. Ésta debería realizarse idealmente con intervención simultánea de cirujanos especialistas en órbita y retina.



VÍDEOS

V18 QUERATOPLASTIA LAMELAR TIPO DALK «MUSHROOM-SHAPE» ASISTIDA CON LÁSER DE FEMTOSEGUNDO

Mayte ARIÑO GUTIÉRREZ, Javier GARCÍA BELLA, Pedro ARRIOLA VILLALOBOS, Pilar PEÑA URBINA

Introducción: Realización de cirugía corneal lamelar tipo DALK.

Técnica quirúrgica: Sobre leucoma corneal no vascularizado asistida con tecnología Láser de Femtosegundo para poder realizar los cortes con morfología Mushroom.

Conclusión: En los tejidos donante y receptor y uso de OCT intraquirúrgico para una mejor visualización de las lamelas y profundidad de la disección.



VÍDEOS

V19 LEUCOMA NEOVASCULARIZADO POR QUERATITIS INTERSTICIAL POR MASSILIA TIMONAE TRATADO MEDIANTE QUERATOPLASTIA LAMELAR ANTERIOR PROFUNDA COMBINADA CON DIATERMIA CON AGUJA FINA

Javier GARCÍA-MONTESINOS GUTIÉRREZ, María GARCÍA LORENTE, Patricia GUTIÉRREZ CASTAÑO, Facundo URBINATI

Introducción: Paciente de 36 años, usuario de lentes de contacto, que comenzó en 2017 con un infiltrado corneal fluor-negativo en su ojo izquierdo.

Técnica quirúrgica: Los cultivos iniciales fueron negativos e inicialmente se trató con antibióticos reforzados y posteriormente con corticoides en otro centro. El infiltrado no se resolvió y se realizó una biopsia corneal que fue positiva para la bacteria *Massilia timonae*. Se le realizó crosslinking en dos ocasiones, pero el infiltrado, la cicatrización y neovascularización corneal fueron empeorando.

El paciente fue remitido a nuestro centro para valorar tratamiento quirúrgico. A la exploración presentaba un leucoma periférico temporal denso de 7 mm sin defecto epitelial. Dicho leucoma estaba profusamente neovascularizado y presentaba exudación y edema corneal afectado al eje visual. La agudeza visual mejor corregida (AVMC) fue de 0.3 y el endotelio de la zona no afectada de la cornea era de 2060 células/mm² con aspecto sano.

Se realizó una angiografía de segmento anterior para localizar los troncos vasculares principales y posteriormente diatermia con aguja fina combinada con bevacizumab para tratar la neovascularización del leucoma. Cuatro meses más tarde se realizó una queratoplastia lamelar anterior profunda (DALK) para recuperar la transparencia corneal minimizando el riesgo de rechazo. Se realizó una disección de la membrana de Descemet con viscoelástico tras fallo de la disección con aire. Durante las últimas fases de la disección ocurrió una microperforación en la zona periférica del leucoma, sin embargo la DALK pudo realizarse mediante una disección cuidadosa de la microperforación y dejando una burbuja de aire en cámara anterior.

Conclusión: En el postoperatorio el paciente presentó una doble cámara anterior que se resolvió espontáneamente en la primera semana. Al mes de la cirugía, la Descemet aparecía completamente aplicada, con el injerto transparente y con una mejoría en la AVMC hasta 0.5.



VÍDEOS

V20 FRACASO TARDÍO DE QUERATOPLASTIA PENETRANTE CON HERNIA TOTAL DE IRIS EN UN OJO ÚNICO

Teresa PRIETO MORÁN, Óscar MARTÍN MELERO, José Manuel GRANADOS CENTENO, Raquel MAROTO CEJUDO

Introducción: Varón de 40 años, procedente de Argelia, que acude por pérdida de visión y molestias en su ojo izquierdo (OI). Aporta informe previo en el que se indica antecedente personal de queratoplastia penetrante en dicho ojo y tratamiento basado en acetazolamida oral y corticoesteroides (CE) tópicos, sin proporcionar más datos. En la exploración, la agudeza visual corregida (AVC) es de percepción de luz en el OI y amaurosis en el ojo derecho. En la biomicroscopía del OI, se observa un magma compuesto de iris y de una fina membrana de Descemet. La presión intraocular y el fondo de ojo son inabordables.

Técnica quirúrgica: Al inicio de la intervención quirúrgica, se coloca un anillo de Flieger y se procede a la exéresis del iris. Previa tinción capsular, se realiza la extracción de cristalino a cielo abierto y una nueva queratoplastia penetrante (QPP), dejando al paciente en afaquia.

El resultado postquirúrgico es aceptable y se inicia tratamiento con CE orales y tópicos, antibióticos tópicos y valaciclovir oral. El postoperatorio es adecuado exceptuando un pico hipertensivo controlado con hipotensivos tópicos. La AVC del OI mejora a 0.7 en escala de logMAR. El paciente permanece estable durante 5 meses hasta la aparición de una úlcera geográfica casi perforante. Se propone una nueva QPP pero el paciente no acude a revisiones posteriores.

Conclusión: El disponer de informes previos del paciente con sus antecedentes personales detallados y el tratamiento pautado, juega un papel clave para un adecuado diagnóstico y posterior manejo de la patología. De hecho, en este caso, el paciente presentaba una catarata blanca que solo pudo apreciarse intraquirúrgicamente. El seguimiento y tratamiento postquirúrgico tras una QPP son esenciales para identificar precozmente posibles complicaciones que puedan comprometer de forma significativa la función visual.



VÍDEOS

V21 QUERATOPLASTIA PENETRANTE SECUNDARIA A ABSCESO DE INJERTO CORNEAL POR ESTREPTOCOCO VIRIDANS

Nerea SÁENZ MADRAZO, Alejandro RUIZ VELASCO SANTACRUZ, Juan GUIRAO MORA, Azucena BAEZA AUTILLO

Introducción: Presentamos el caso clínico de una paciente mujer con antecedente de queratoplastia penetrante debido a leucomas corneales múltiples desde la infancia que desarrolla absceso sobre injerto corneal por streptococcus viridans.

Técnica quirúrgica: Analizar procedimiento diagnóstico, planteamiento terapéutico y resultados quirúrgicos tras intervención de segunda queratoplastia penetrante en paciente con diagnóstico de absceso por streptococcus viridans sobre injerto corneal.

Revisión de historia clínica electrónica, iconografía y material audiovisual del tiempo quirúrgico. Ante evolución clínica tórpida de absceso sobre injerto corneal en paciente con escasa adherencia a revisiones postoperatorias y portadora desde hacía varios meses de lentilla terapéutica, se decide realizar una segunda queratoplastia penetrante ante el riesgo inminente de perforación de botón corneal. Tras la queratoplastia se aprecia un injerto transparente con integridad del rodete corneal receptor sin signos de rechazo y con mejoría de la calidad visual y disminución del malestar subjetivo de la paciente. De acuerdo a la literatura, el estreptococo viridans es un patógeno con alta incidencia en queratitis bacteriana realacionada defectos de sutura tras queratoplastia, tal y como se presenta en este caso.

Conclusión: La queratitis bacteriana tras queratoplastia penetrante, aunque infrecuente, presenta un reto diagnóstico y terapéutico que, aunado a la situación actual en la que nos desarrollamos y especialmente en pacientes con baja adherencia al tratamiento y/o visitas postoperatorias, en ocasiones obligan al oftalmólogo a realizar una reintervención quirúrgica, buscando así el mejor pronóstico visual y funcional para el paciente en cuestión.



VÍDEOS

V22 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CON MEMBRANA AMNIÓTICA EN QUERATITIS ULCERATIVA PERIFÉRICA PERFORADA

Ana Rita VIANA, Filipa SAMPAIO, Pedro COELHO, Isabel RIBEIRO

Introducción: La queratitis ulcerativa periférica (QUP) es una de las manifestaciones oculares más severas en pacientes con artritis reumatoide (AR) y puede complicar con perforación corneal. La aplicación de membrana amniótica (MA) es una alternativa quirúrgica considerable a los trasplantes de córnea debido a su efecto antiinflamatorio, promoción de la reepitelización y reparación corneal. Se presenta el vídeo quirúrgico de la aplicación de MA en la reciente técnica de rollo en una paciente del sexo femenino, 66 años, con antecedentes de AR, que se presentó en el servicio de urgencias con QUP perforada inferior. Después del tratamiento inicial con lente de contacto terapéutica y fluoroquinolona tópica, fue elegido el tratamiento quirúrgico.

Técnica quirúrgica: Después de anestesia local con lidocaína subconjuntival, se realizó el desbridamiento del epitelio corneal suelto adyacente a la úlcera. Se inyectó viscoelástico (Amvisc® Bausch & Lomb) en la cámara anterior (CA) a través de la perforación para liberación de sinequias anteriores del iris y mantenimiento de la cámara anterior y tono ocular. Se enrolló un rectángulo de MA y se aplicó a la base de la úlcera con pegamento de fibrina. Adicionalmente, se aplicó una doble capa de MA epi-on con sutura límbica con nylon 10/0. Se inoculó una burbuja de aire en la CA mediante paracentesis límbica superior. Por fin, se realizó la inyección subconjuntival de cefuroxima 1g y la aplicación de una lente de contacto AirOptix® Night & Day. En el postoperatorio se verificó la resolución de la perforación corneal con integración de la MA y una agudeza visual corregida de 5/10.

Conclusión: La aplicación de MA en la perforación corneal asociada a QUP tiene un papel importante en perforaciones de menores dimensiones, ya que implica menor trauma quirúrgico y menor inflamación. La técnica de rollo permite un mejor relleno del defecto corneal, promoviendo una rápida epitelización y cierre de la ulceración.



VÍDEOS

V23 TRATAMIENTO DE CAUSTICACIÓN SEVERA BILATERAL CON RECUBRIMIENTO COMPLETO CON MEMBRANA AMNIÓTICA

Francisco ZAMORANO MARTÍN, Javier GARCÍA MONTESINOS

Introducción: Varón de 8 años que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por causticación con ácido clorhídrico al 20% en AO.

Técnica quirúrgica: A la exploración bajo lámpara de hendidura presentaba en OD una desepitelización corneal completa, isquemia limbar superior de 180°, haze difuso e hiperemia intensa (grado III de Roper Hall). En OI presentaba desepitelización corneal completa, isquemia limbar superior y temporal de 270°, haze difuso e hiperemia intensa (grado IV de Roper Hall). Se comenzó tratamiento con colirio de acetato de prednisona 5 veces al día, colirio ciclopéjico 2 veces al día, pomada de prednisona-neomicina 4 veces al día, doxiciclina 6,6 ml cada 12 horas y suero heterólogo 5 veces al día. Además, se realizó un recubrimiento completo con membrana amniótica de ambos ojos, incluyendo conjuntiva tarsal, bulbar y fondos de saco. Tres meses después la agudeza visual del paciente era de 20/20 en AO y presentaba en OD una córnea clara sin haze, mínima insuficiencia limbar nasal-inferior y sin hiperemia. En OI presentaba un mínimo haze difuso, insuficiencia limbar nasal-inferior y sin hiperemia.

Conclusión: Mediante este caso y esta técnica destacamos la importancia de un recubrimiento precoz con membrana amniótica en casos de causticaciones severas y las altas expectativas de recuperación en paciente jóvenes.



V24 BIOPSIA VÍTREA QUE CONFIRMA MALIGNIDAD, UN RETO DIAGNÓSTICO

Elena SÁENZ DECKER, Francys Samara MANRIQUE BOLÍVAR, Joaquín CASTRO NAVARRO, Miriam GARCÍA FERNÁNDEZ

Introducción: Paciente valorado por pérdida de Agudeza Visual (AV) en Ojo Derecho (OD); presenta una AV de 0.1 en OD y 1.0 en Ojo Izquierdo (OI) y en la funduscopia (FC) se objetivan placas de coroiditis periféricas con desprendimiento seroso epirretiniano asociado en OD. Es diagnosticado de uveitis posterior en relación con enfermedad de Lyme por hallazgos serológicos positivos, iniciándose tratamiento sistémico con Ceftriaxona, doxiciclina y corticoides orales en pauta descendente. Tras la disminución del tratamiento esteroideo, experimenta tres recurrencias del cuadro, evidenciándose Edema Macular Quístico (EMQ) con aspecto de engrosamiento coroideo en la Tomografía de Coherencia Óptica (OCT). Se recoge muestra de humor acuoso para IL6 e IL10, siendo los resultados negativos. Meses tras el debut, experimenta cuadro de miodesopsias en OI, siendo la AV de 0.6 y en la FC se objetiva vitritis 2+ e infiltrados blanco -amarillentos subretinianos nasales e inferiores con moteado pigmentario en su superficie.

Técnica quirúrgica: Previa suspensión de tratamiento corticoideo, se realiza VTM 23 G vías pars plana, se recoge muestra de humor vítreo en zona de mayor condensación vítreo y endoláser sobre el foco amarillento subretiniano nasal de mayor tamaño. Posteriormente se realiza VTM sobre el centro del mismo y aspirado del contenido subretiniano, intercambio fluido-aire y sutura de esclerotomías. La citometría de flujo resulta positiva para infiltración linfomatosa de estirpe B, fenotípicamente compatible con un linfoma de célula grande CD10-.

Conclusión: Ante sospecha de linfoma ocular, la VTM permite realizar diagnóstico y tratamiento de forma precoz, pudiendo evitarse la afectación del sistema nervioso central. Con el fin de aumentar la rentabilidad diagnóstica, resulta fundamental recoger una adecuada muestra de vítreo no diluido, realizando un análisis precoz de ésta, así como suspender o disminuir el tratamiento corticoideo semanas antes del procedimiento.



VÍDEOS

V25 UNA SERIE DE PESTAÑÍSTICAS DESDICHAS

Alicia ALCUAZ ALCALAYA, Jorge MONASTERIO BEL, Eduardo PÉREZ-SALVADOR GARCÍA, Renzo Renato PORTILLA BLANCO

Introducción: Presentamos el caso de un varón de 32 años que acude a Urgencias de Oftalmología por traumatismo ocular incisocontuso con un alambre en el ojo izquierdo (OI). A la exploración presenta perforación corneal, catarata traumática, hemorragia vítrea, penetración escleroretiniana y pestañas intraoculares a múltiples niveles. Se requiere tres intervenciones quirúrgicas para el cierre y restablecimiento de la integridad del globo ocular.

Técnica quirúrgica: En un primer tiempo se realiza sutura corneal con 5 puntos de nylon 10.0, fmoemulsificación de la catarata traumática, vitrectomía anterior, extracción de 2 pestañas intracristalinianas y membranectomía precapsular. Algún resto de núcleo cristaliniano cae a cavidad vítrea.

A los 3 días se reinterviene mediante vitrectomía pars plana 23G (VPP), extracción con pinza de pestaña intravítrea anclada a herida retiniana en periferia media superior, endoláser alrededor de la herida retiniana, drenaje de desprendimiento coroideo, levantamiento de hialoides posterior e intercambio con aire.

A los 25 días, tras los hallazgos exploratorios se decide nueva cirugía: VPP 23G, extracción con pinza de pestaña parcialmente subretiniana e intercambio con aire.

Conclusión: Es importante la realización de una exploración oftalmológica completa ante cualquier traumatismo perforante. En nuestro caso, el paciente precisó de dos cirugías complementarias a la primera ante el hallazgo en consulta mediante oftalmoscopio indirecto de pestañas retinianas.

La realización de una prueba de imagen en un primer momento descarta la presencia de cuerpo extraño intraocular (CEIO) exógeno, por lo que no hay que olvidar la posibilidad de CEIO endógeno ante cualquier traumatismo perforante.



V26 TÉCNICA DEL FLAP INVERTIDO SUPERIOR MODIFICADA COMPARADA CON EL PELADO DE LA MEMBRANA LIMITANTE INTERNA EN CIRUGÍA DEL AGUJERO MACULAR

María José CRESPO CARBALLÉS, Marina SASTRE-IBÁÑEZ, M.ª Carmen GARCÍA SÁENZ, Mar PRIETO DEL CURA

Introducción: Describir la eficacia de la técnica del flap invertido superior en vitrectomía para la cirugía de agujero macular de espesor total (AM) en comparación con el pelado de la membrana limitante interna (MLI)

Técnica quirúrgica: Estudio retrospectivo y comparativo de pacientes con AM. En el grupo A, se crea un flap de MLI superior grande para cubrir el agujero macular y en el grupo B se realizó un pelado de MLI convencional.

Se incluyeron un total de 80 ojos (44 del grupo A y 36 del grupo B). El cierre del AM ocurrió en el 100% en el grupo A y en el 91,67% en el grupo B ($p = 0,0869$).

En el grupo A 40 casos presentaban un cierre en forma de U (90,91%) y 4 casos en forma de V (9,09%). En el grupo B, 21 de los casos presentan cierre en forma de U (58,33%), 12 casos en forma de V (33,33%) y 3 casos en forma de W (no cierre) (8,3%). El grupo de flap presenta un mayor porcentaje de cierres en U con diferencia estadísticamente significativa $p=0,0017$.

Ambos grupos mostraron una mejoría en la mejor agudeza visual corregida (MAVC) a los 3 y 6 meses. A los 3 meses, la MAVC en el grupo A fue significativamente mejor; a los 6 meses los resultados fueron similares. La capa elipsoide (EZ) a los 6 meses se recuperó en el 81,82% de los pacientes del grupo A y en el 52,78% del B ($p = 0,005$) y la membrana limitante externa (MLE) en el 81,82% del grupo A y el 69,44% en el B ($p = 0,1957$). El tipo de cierre del AM está directamente asociado a la restauración de la EZ ($p=0,0349$ grupo A y $p=0,0000$ grupo B) y la MLE ($p=0,0349$ en grupo A y $p=0,0071$ en grupo B) a los 6 meses en ambos grupos.

Conclusión: La técnica del flap invertido superior es una técnica comparable en resultados anatómicos y funcionales al pelado la MLI convencional para cirugía de AM. Con la técnica del flap se obtienen más cierres en U y la función visual mejora más rápidamente.



V27 ENDOFTALMITIS ENDÓGENA POR CANDIDA

Famara DOBLADO SERRANO, Sergio PÉREZ DE PAZ, Silvia Beatriz de MIGUEL MARTÍN, Rosa JIMÉNEZ ESCRIBANO

Introducción: La endoftalmitis endógena (EE) por *Candida* es una entidad infrecuente y grave por las infaustas secuelas visuales sin un abordaje terapéutico óptimo. Entre las opciones terapéuticas se incluyen antifúngicos sistémicos e intravítreos y la alternativa quirúrgica mediante vitrectomía posterior (VPP). Habitualmente la indicación quirúrgica se realiza cuando existen opacidades vítreas significativas, extensa infiltración retiniana, afectación macular, agudezas visuales inferiores a movimiento de manos y refractariedad al tratamiento.

Técnica quirúrgica: Mujer de 65 años con diagnóstico de endoftalmitis endógena bilateral por *Candida Albicans* refractaria al tratamiento con Voriconazol intravítreo y sistémico. Se intervino quirúrgicamente en ojo izquierdo mediante VPP 23 G con extracción de muestras para cultivo e infusión de Voriconazol en la cirugía. Se inicia técnica de vitrectomía central, pudiéndose apreciar los múltiples tractos fibróticos en patrón de hifas que se extienden desde el foco coriorretiniano fúngico. Se rompen los tractos fibróticos y se procede posteriormente al afeitado vítreo. Como último paso, se realiza una succión cuidadosa con la cánula de extrusión en la región de disrupción retiniana por nódulo candidiásico emergiendo desde la coroides hacia la cavidad vítrea. El paciente experimentó una evolución satisfactoria con mejoría de su agudeza visual y remisión del cuadro. Previamente se intentó VPP en ojo derecho, pero dada la frágil situación basal del paciente fue desestimada, evolucionando posteriormente a desprendimiento de retina en embudo.

Conclusión: La detección y tratamiento precoz de EE por *Candida*, pueden determinar la conservación de agudeza visual. La VPP es esencial para confirmar el diagnóstico, permitir la eliminación de áreas de infección que no responden al antimicótico sistémico y aumentar su penetración ocular.



VÍDEOS

V28 CIRUGÍA DE LA HEMORRAGIA SUBMEMBRANA LIMITANTE INTERNA

Lucía GALLETERO PANDELO, Cristina RODRÍGUEZ VIDAL, Nerea MARTÍNEZ-ALDAY

Introducción: Dentro de las hemorragias maculares aquellas que se localizan de forma subretiniana son las que albergan peor pronóstico. Esto es debido a la toxicidad generada por la sangre sobre la capa de fotorreceptores, la cual se ha demostrado que es irreversible y que puede ocurrir incluso en las primeras 24 horas. Se presenta el caso de un varón de 87 años que acude refiriendo ver rojizo con su ojo izquierdo. El paciente padece hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II. En la exploración se aprecia una hemorragia macular sublimitante interna. Dada la localización y la extensión de la lesión se decide intervenir quirúrgicamente al paciente.

Técnica quirúrgica: La intervención se realiza bajo anestesia peribulbar y sedación. Se lleva a cabo una vitrectomía vía pars plana 23 g y se tiñe la membrana limitante interna con la tinción azul dual. A continuación, se realiza el pelado de la membrana limitante interna que se encuentra sobre la hemorragia y adyacente a ella. Posteriormente, con la ayuda del vitreotomo, se aspiran los restos hemáticos y el coágulo sanguíneo. Finalmente, tras el intercambio suero-aire, se inyecta un fármaco antiangiogénico en cavidad vítrea ya que no se podía descartar la presencia de neovascularización.

Conclusión: La evolución natural de las hemorragias subretinianas lleva a una atrofia y a una cicatriz macular que limita de forma importante la calidad visual del paciente. Es por ello que se tiene que llevar a cabo su tratamiento precozmente. Nuestro caso evolucionó favorablemente manteniendo la integridad de las capas externas de la retina y con una agudeza visual de 0.2 (E Snellen) 3 meses después de la cirugía. Sin embargo, en el post operatorio también se aprecia un agujero macular de espesor completo, el cual analizando la cirugía se cree que ya existía previo a la intervención.



VÍDEOS

V29 CIRUGÍA DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA CON DESGARRO GIGANTE MAYOR DE 270° Y COLGAJO POSTERIOR INVERTIDO

Jorge MONASTERIO BEL, Alicia ALCUAZ ALCALAYA, Eduardo PÉREZ-SALVADOR GARCÍA, Lourdes MACÍAS MOLINERO

Introducción: Varón de 20 años acude a urgencias por disminución de visión en ojo izquierdo (OI) desde hace varios días. Presenta una agudeza visual en OI de movimiento de manos y en la exploración funduscópica se observa desprendimiento de retina regmatógeno con un desgarro periférico gigante mayor de 270° y colgajo posterior invertido en hemirretina inferior.

Técnica quirúrgica: Se interviene quirúrgicamente realizando facoemulsificación del cristalino, cerclaje escleral y vitrectomía vía pars plana (VPP) 23G. Durante la cirugía se logra desplegar la retina mediante la instilación de perfluorocarbono líquido (PFCL). Tras realizar retinopexia con endoláser, se procede a intercambio indirecto líquido-aire, aire-silicona. Sin embargo, pese a la extracción de líquido subretiniano (LSR) mediante cánula de extrusión durante el intercambio, se produce la eversión del borde del desgarro gigante y deslizamiento posterior de la retina. Es por ello que, tras realizar maniobras antideslizamiento, se ejecuta intercambio directo PFCL-silicona bimanual, logrando la correcta reaplicación de la retina. Tres meses después, el paciente se somete a una segunda intervención para extracción de silicona e intercambio por gas SF₆.

Conclusión: Actualmente, un año y cuatro meses después, el paciente presenta mejor agudeza visual corregida de 0,5. A través del intercambio directo PFCL-silicona, el LSR se puede extraer mediante presión a medida que se inyecta el PFCL. De esta manera no es necesaria la extracción del LSR con aguja de extrusión durante la infusión de silicona y evita el deslizamiento. Aunque el cerclaje escleral es controvertido en el tratamiento de los desgarros gigantes de retina, en este caso reducir el diámetro en el corte frontal permitió facilitar la correcta reaplicación de la retina. En definitiva, la técnica bimanual de intercambio directo PFCL-silicona constituye una alternativa eficaz en el tratamiento del desprendimiento de retina con desgarro gigante.



VÍDEOS

V30 EXTRACCIÓN TRANSESCLERAL CON ENDOIMÁN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR EN PACIENTE CON DESPRENDIMIENTO DE RETINA

Almudena MORENO MARTÍNEZ, Sergio COPETE PIQUERAS, Antonio DONATE TERCERO, Cristina BLANCO MARCHITE

Introducción: Los cuerpos extraños intraoculares (CEIO) pueden causar infección y traumatismo mecánico en las estructuras intraoculares, por lo que requieren de una actuación urgente. La extracción de CEIO se puede llevar a cabo mediante varios métodos dependiendo de las características del objeto y el estado del ojo.

Presentamos un varón de 60 años con CEIO metálico tras picar piedra en ámbito laboral. En la exploración destaca la presencia CEIO asociado a inflamación del segmento anterior, hemorragia vítrea y desprendimiento de retina (DR) con línea de demarcación. La técnica elegida para la extracción fue la vitrectomía, con ampliación de esclerotomía, y uso de endoimán.

Técnica quirúrgica: Se llevó a cabo la intervención quirúrgica bajo anestesia general. Se realizó VPP central y periférica reduciendo la hemorragia vítrea, localizando el CEIO, una hemorragia secundaria a su impacto en arcada temporal inferior y el DR inferior. Tras tinción con triamcinolona intravítrea se liberó la membrana hialoidea, se liberó al CEIO de sus adherencias al vítreo y se introdujo perfluorocarbono líquido (PFCL). A continuación, se amplió la esclerotomía nasal y se procedió a la extracción del CEIO. Inicialmente se intentó extraer con pinzas de cuerpo extraño, pero debido a la dificultad para su movilización se utilizó un endoimán, controlando la presión intraocular y la posible salida de contenido intraocular acompañando al CEIO. Se suturó la esclerotomía con vicryl de 7/0 y se realizó intercambio con aire, retinotomía en zona posterior del desprendimiento de retina y se procedió a la endofotocoagulación. Finalmente se usó C3F8 al 16% como taponador, se inyectó clindamicina intravítrea y se suturaron esclerotomías.

Conclusión: La extracción del CEIO debe de realizarse de manera precoz y por un cirujano vitreoretiniano experimentado para disminuir las potenciales complicaciones. El uso del endoimán es una herramienta a tener en cuenta ante la presencia de CEIO metálico.