



Casos Clínicos y Maniobras Quirúrgicas de interés



CC1

THELAZIOSIS OCULAR HUMANA: UNA ZONOSIS EMERGENTE EN ESPAÑA OCCIDENTAL

Alejandra María Parra-Morales, Beatriz Framiñán Aparicio, Ana María Sánchez Jara, Ana Ávila Alonso

Introducción: La thelaziosis es una infección de la superficie ocular causada por el nematodo *Thelazia callipaeda* y transmitida por distintas especies de mosca del género *Phortica*. Se ha descrito como una infección en perros y gatos, especialmente, en el continente asiático. Sin embargo, hay un incremento llamativo de conjuntivitis humanas asociadas a *Thelazia* en los países de Europa occidental con varios casos registrados en España en los últimos años.

Caso clínico: Reportamos el caso de una paciente lactante de dos años de edad que acude con ojo rojo bilateral sin mejoría tras tratamiento con antibiótico durante dos semanas y con la posterior aparición de parásitos móviles en la conjuntiva bulbar. La exploración oftalmológica con lámpara de hendidura confirmó la presencia de parásitos blanquecinos con apariencia alargada en fondos de saco de ambos ojos. Se realizó una extracción bajo anestesia local, consiguiendo 30 ejemplares que fueron analizados por el laboratorio de microbiología. El informe taxonómico identificó a estos parásitos como pertenecientes al género *Thelazia* spp. Se prescribió tobramicina tópica y mebendazol oral con resolución de los síntomas a la semana de tratamiento.

Conclusión: La infección por *Thelazia* spp. se presenta como una conjuntivitis con sensación de cuerpo extraño asociada o no a secreción. Suele resolverse con la extracción de los mismos asociado a el tratamiento antibiótico y antihelmíntico. La incidencia ha aumentado significativamente en los países de Europa occidental, incluyendo España, donde los últimos casos se registraron en Castilla y León y Extremadura constituyendose como una zoonosis emergente que requiere conocimiento entre la comunidad oftalmológica así como un control por parte de los mecanismos de salud pública.

CC2

QUERATOPLASTIA DESCEMETO-ENDOTELIAL EN PACIENTE VITRECTOMIZADO, ALTO MIOPE CON ARTISAN RETROPUPILAR

Francisco Pérez Bartolomé, Alejandro Portero Benito, Javier Guijarro Oria, Javier Bueno Lozano

Introducción: Presentamos el caso de un varón de 58 años con antecedentes de alta miopía, vitrectomía pars plana por desprendimiento de retina regmatógeno, facoemulsificación con ruptura de la cápsula posterior y ulterior implante de lente de fijación iridiana Artisan retropupilar.

Caso clínico: En el momento de la consulta, el paciente presenta un edema corneal crónico, de más de un año de evolución, con una agudeza visual de Movimiento de Manos. Se indicó una queratoplastia descemetoendotelial (QDE) para la resolución del edema corneal. Durante la cirugía, el desplegado del injerto con las maniobras habituales fue complicado debido a una presión posterior vítrea disminuida y una cámara anterior muy profunda. Se recurrió a la «maniobra quirúrgica de Melles- Dapena» para conseguir un desplegado total del injerto, consistente en la introducción de burbujas de aire por encima del injerto endotelial, con posterior succión y pegado con gas SF6.

Conclusión: En ojos con cámaras anteriores profundas, alteraciones del diafragma irido-lenticular y vitrectomizados, la maniobra de «Melles- Dapena» es útil para poder realizar con éxito una QDE.

CC3

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL 5-FLUOROURACILO TÓPICO EN LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CONJUNTIVAL REFRACTARIA AL INTERFERÓN ALFA-2B

Pilar Pérez García, Bárbara Burgos Blasco, Beatriz Vidal Villegas, Rosalía Méndez Fernández,

Introducción: Las neoplasias intraepiteliales conjuntivales (CIN) son lesiones epiteliales preinvasivas de la superficie ocular. El tratamiento es clásicamente quirúrgico. No obstante, la tendencia actual es el manejo médico siempre que sea posible, con uno de los tres principales agentes quimioterapéuticos: Interferón alfa-2b (IFN α 2b), 5-Fluorouracilo (5-FU) o Mitomicina C (MMC). El IFN α 2b ha sido reportado como el mejor tolerado por los pacientes con mínimos efectos secundarios, lo que lo hace el más comúnmente usado como primera línea de tratamiento.

Casos clínicos: Se presentan dos casos de pacientes con CIN que fueron tratados inicialmente con cirugía escisional, con diagnóstico histológico de CIN con displasia de alto grado. Se indicó tratamiento coadyuvante con IFN α 2b 1 mlU/mL 4 veces/día ininterrumpidamente. En el primer caso, no hubo respuesta a pesar de 8 meses de tratamiento, mientras que en el segundo, se objetivó progresión tras 4 meses de tratamiento. El tratamiento se cambió entonces a 5-FU 1%, 4 veces/día durante 7 días con un lapso de 21 días de descanso, lo que constituye un ciclo de tratamiento. Tras el primer ciclo de tratamiento, ambas lesiones se habían resuelto por completo. Ocho y doce meses, respectivamente, tras haber completado cuatro ciclos de tratamiento, los pacientes persisten libres de enfermedad.

Conclusión: El tratamiento con 5-FU es una buena opción como segunda línea de tratamiento para los CIN poco respondedoras al IFN α 2b, con menos efectos secundarios que otras alternativas actualmente disponibles.

CC4

SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DE UN PROCEDIMIENTO CROSS-LINKING MODIFICADO EN CÓRNEAS FINAS

Pedro E. Quílez Franco, Amanda Ortiz Gomariz, Valentina Serrano Pérez, Andrés Jesús Peñalver Alcaraz

Introducción: el cross-linking corneal es una técnica efectiva para detener la progresión del queratocono. Sin embargo, su uso en córneas con paquimetrías menores de 400 micras es controvertido, ya que el endotelio queda en estos casos muy expuesto a la radiación ultravioleta-A utilizada en el procedimiento. Presentamos los resultados al año de seguimiento de tres pacientes con córneas finas que se sometieron a un procedimiento de cross-linking modificado.

Casos clínicos: seis ojos de tres pacientes con queratocono progresivo y/o mala tolerancia a las lentes rígidas se sometieron a un procedimiento de cross-linking con riboflavina hipoosmolar y asistido por lente de contacto. Estas modificaciones están orientadas a aumentar el grosor corneal durante el procedimiento y proteger el endotelio de la fototoxicidad. La media de paquimetría en la posición más fina previa al cross-linking fue de 375,2 micras. La tolerancia del procedimiento fue buena en todos los casos. La agudeza visual (AV) mejoró en todos los pacientes. El cambio medio en la AV sin corrección al año fue de +0,14. El cambio medio en la mejor agudeza visual corregida (MAVC) al año fue de +0,15. Este cambio es similar al encontrado en series de córneas de grosor mayor de 400 micras. No se observaron cambios significativos en la paquimetría corneal tras el procedimiento. No hubo complicaciones endoteliales en ningún paciente. Tampoco se registraron eventos clínicos adversos significativos en el seguimiento.

Conclusión: El cross-linking parece seguro y efectivo en córneas entre 350 y 400 micras cuando incluimos modificaciones en la técnica orientadas a aumentar el grosor corneal. Ejemplos de estas modificaciones son: uso de riboflavina hipoosmolar, asistencia con lentes de contacto o lentículos estromales, iontoforesis, cross-linking transeptelial.

CC5

EXÉRESIS DE DERMOLIPOMA CORNEAL Y RECONSTRUCCIÓN CON QUERATOPLASTICA LAMELAR TECTÓNICA

Mónica Robles Mateos, Óscar Martín Melero, Manuel Cebrián Toboso, Alfonso Gómez Cortés

Introducción: Los dermolipomas son tumores benignos de la superficie ocular, la mayoría asintomáticos por su localización a nivel del fórnix u órbita. Sin embargo, cuando invaden córnea pueden afectar al eje visual o inducir deformaciones.

Caso clínico: Mujer de 49 años remitida a U. córnea por aumento de tamaño de lesión corneoconjuntival en OD en los últimos meses.

A. personales: Alergia a metales. Migraña. Miopía -6D en AOs.

Exploración oftalmológica:

– AVcc OD 0.6; OI 0.9

– BMC OD: Córnea transparente. Lesión nodular rosada de 7 mm de diámetro en área corneoconjuntival inferotemporal. No signos inflamatorios o infecciosos. CA grado III. Pupila centrada redonda.

– FO AOs: Fondo miópico. Papila oblicua con atrofia peripapilar. Mácula y periferia normales.

– Contaje endotelial OD: 2550 células/mm².

Ante crecimiento de la lesión se decide biopsia escisional y posterior reconstrucción mediante queratoplastia lamelar tectónica (córnea donante con bajo recuento endotelial) y recubrimiento conjuntival (VIDEO)

En el postoperatorio de 24 h presenta un injerto plano, sutura íntegra, lente de contacto terapéutica (LTC) centrada. Se inicia tratamiento tópico con Dexametasona col. c/3h en pauta descendente y Moxifloxacino col. c/3h. La anatomía patológica revela tejido fibroadiposo correspondiente con dermolipoma.

A los 2 meses de la cirugía: se retira LCT y puntos nylon en córnea, aparición de neovascularización leve en estroma medio. Se sustituye Dexametasona por FML col c/8h.

A los 5 meses de la cirugía: AVcc OD 0.5, involución de los neovasos y aumento de la transparencia del injerto, con halo de opacidad en periferia. Actualmente sin signos de recidiva ni rechazo y en tratamiento con FML col. c/12h.

Conclusión: La queratoplastia tectónica es una técnica que permite la reconstrucción de la superficie ocular en casos de exéresis de lesiones con compromiso corneal. Es importante un correcto seguimiento para detectar recidivas o un posible rechazo del injerto.

CC6

TRASPLANTE DE MEMBRANA AMNIÓTICA EN COMBINACIÓN CON AUTOTRASPLANTE CONJUNTIVAL PARA EL TRATAMIENTO DE UN PSEUDOTERIGIÓN SECUNDARIO A QUERATITIS ULCERATIVA PERIFÉRICA

Jensy Sosa Durán, Beatriz Jiménez del Río, Miluce Cano Quinte, Andrés Valencia Megías

Introducción: El pseudopterigion es un crecimiento conjuntival que se adhiere a la córnea y tiende a cubrir lesiones periféricas de origen inflamatorio como en la queratitis ulcerativa periférica (QUP). Es un un reto quirúrgico por el riesgo de reactivación, así como las recurrencias post-resección.

Caso clínico: El autotransplante conjuntival es la técnica de elección para evitar la recidiva y su combinación con injertos de membrana amniótica (MA) nos permite realizar resecciones conjuntivales amplias, sin necesidad de una conjuntiva donante extensa. Presentamos la intervención en formato video de una paciente con pseudopterigion que amenaza eje visual secundario a QUP por artritis reumatoide. La agudeza visual (AV) previa era de 0.15. Se realizó resección conjuntival, trasplante de MA y autotransplante de conjuntiva limbar asociado.

Conclusión: La paciente presentó una buena evolución, consiguiendo AV postoperatoria de 0.4 y sin evidencia de recurrencia.

CC7

NEOPLASIA INVASIVA ESCAMOSA DEL PLIEGUE SEMILUNAR

Souki Spyridoula

Introducción: Describir un caso de carcinoma invasivo de células escamosas del pliegue semilunar de crecimiento rápido.

Caso clínico: Varón de 84 años que presenta tumor pediculado en la superficie ocular nasal del ojo derecho, no dolorosa, de 4 meses de evolución. La base del tumor afecta longitudinalmente todo el pliegue semilunar. Durante la exploración, la masa se levanta suavemente con una pinza no traumática, para averiguar si hay adherencia con la conjuntiva bulbar y planificar una estrategia quirúrgica. Mientras se aplica esta maniobra, tejido graso/queratinizado se desprende de la parte superior del tumor, dando la impresión de que se trata de un posible quiste dermoide. Se realiza resonancia magnética orbitaria, previa a la cirugía, sin evidencia de invasión orbitaria/intraocular.

El tumor se trata mediante resección quirúrgica utilizando la técnica "non-touch" con biopsia excisional amplia y crioterapia adyuvante en los márgenes conjuntivales restantes. El examen histopatológico muestra un carcinoma de células escamosas invasivo moderadamente diferenciado (grado II), con un tamaño de 12x5,8x3,4mm, con base libre pero con los otros márgenes comprometidos. Teniendo en cuenta que se trata de un tumor pediculado, en el postoperatorio inmediato se inicia Mitomicina C 0,02% colirio con seguimiento estrecho. Se decide reintervenir y ampliar márgenes, obteniendo un examen histopatológico sin evidencia de carcinoma residual. La Mitomicina C causa toxicidad de la superficie ocular, por lo que se suspende y se administra tratamiento tópico con Interferon $\alpha 2b$.

Conclusión: Ante la presencia de un tumor pediculado de la superficie ocular considerar el diagnóstico de neoplasia invasiva escamosa. El aspecto graso y/o queratinizado no excluye una neoplasia. El tumor debe manejarse con un abordaje quirúrgico extenso y crioterapia adyuvante. La estrategia de tratamiento postoperatorio debe ajustarse según el tipo de tumor, la estadificación y el riesgo de recurrencia.

CC8

QUERATITIS FÚNGICAS AGRESIVAS: ¿QUÉ OPCIONES TENEMOS?

Rocío Vega González, Francisco Pérez Bartolomé, Elena Almazán Alonso, Mariluz Puertas Ruiz-Falcó

Introducción: Presentamos dos casos de queratitis fúngicas.

Caso clínico 1: Varón de 55 años usuario de lentes de contacto. Acude por un cuadro de dolor y enrojecimiento de diez días de evolución. Había sido tratado inicialmente como una endotelitis herpética. A la exploración presentaba un infiltrado grisáceo estromal central. La microscopía confocal reveló hifas segmentadas. Se aisló un *Fusarium solani* multirresistente a azoles. Se cubrió desde el inicio con antifúngicos orales y tópicos incluyendo natamicina (NTM) 5%. Ante la ausencia de mejoría clínica, se inyectó anfotericina B (anfoB) intraestromal. Tuvo lugar un empeoramiento franco, con melting severo y descematocele. A los 2 meses del inicio, se contuvo la perforación inminente con un injerto de membrana amniótica multicapa como puente hasta la queratoplastia penetrante en caliente que se realizó a los 3 meses. Al mes de la intervención, la infección recidivó en ángulo iridocorneal superior. En este punto, se introdujo terbinafina oral y dos sesiones de anfoB intravenosa en consenso con medicina interna. Se repitió una nueva tanda de inyecciones intraestromales y lavados de cámara anterior con anfoB. La respuesta fue favorable, con contención de la infección y fibrosis corneal.

Caso clínico 2: Mujer de 47 años con antecedente de defecto epitelial persistente sobre DSAEK realizada el mes previo. La paciente consultó por dolor y se detectaron múltiples infiltrados plumosos estromales superficiales. Se tomaron muestras para tinción y cultivo microbiológico y se inició tratamiento empírico intensivo: voriconazol (VCZ) 1%, anfoB liposomal 0.01%, NTM 5% y VCZ oral 200mg/12h. A pesar de obtener resultados microbiológicos negativos, la respuesta fue excelente, con control de la infección desde el inicio y leucomatización completa al cabo de 6 semanas.

Conclusión: Una sospecha precoz y un tratamiento empírico inicial intensivo pueden ser determinantes en el manejo de las queratitis fúngicas.

CC9

DESCOMPENSACIÓN CORNEAL POR LENTES DE CONTACTO

Germán Castilla Martínez, Claudia P. Tarazona Jaimes, Carlos Enrique Monera Lucas

Introducción: El edema corneal y la disminución del recuento de células endoteliales son complicaciones relacionadas con la hipoxia crónica de bajo grado que sufren los usuarios de lentes de contacto (LC), principalmente debido al uso prolongado y nocturno.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer que acude por visión borrosa bilateral de varios días de evolución, sin otros síntomas. Explica uso abusivo de LC desde hace 40 años, incluso para dormir.

A la exploración presenta: MAVC 0,4 OD y 0,3 OI; pequeños defectos epiteliales centrales en la córnea y edema estromal leve; topografía corneal CCT 612 μm OD y 626 μm OI; recuento endotelial (RE) 1251 cel/mm² OD, con polimegatismo, siendo imposible el RE en OI, aunque se aprecia disminuido.

Se diagnostica de afectación total de la córnea (epitelio, estroma y endotelio) por abuso de LC. Se insiste en su abandono, y se pauta colirio Tobradex de forma descendente y Antiedema 4 veces/día hasta la revisión. Tras un mes acude refiriendo estar totalmente asintomática. Presenta MAVC de 1.0 con gafas, y los resultados se han normalizado excepto por presentar un RE relativamente bajo (1278 cel/mm² OD y 1063 cel/mm² OI).

Conclusión: Las LC crean una barrera física que altera la capacidad corneal para permitir el paso de oxígeno, lo que puede producir hipoxia corneal. Cuando ésta se mantiene, las células epiteliales mueren y se producen erosiones. Por otra parte, la hipoxia crónica de bajo grado, como es el caso de la paciente, ocasiona cambios imperceptibles en la estructura y el funcionamiento de la córnea que se manifiestan progresivamente.

Esto es debido a la situación de acidosis metabólica que sufre, en especial el endotelio. Según la literatura, mientras los párpados están cerrados la córnea apenas recibe 1/3 del oxígeno que normalmente tiene cuando está abierto. Se estima que el edema fisiológico nocturno es del 2 al 4% en los ojos sin LC, situación que se puede elevar por encima del 10% si colocamos una LC.

CC10

DESCEMETORREXIS SIN TRANSPLANTE ENDOTELIAL (DWEK) EN PACIENTE CON DESPRENDIMIENTO DE DESCOMET POST-FACOEMULSIFICACIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Manuel Cebrián Toboso, José M. Granados Centeno, Alfonso Gómez Cortés, Mónica Robles Mateos

Introducción : La Descemetorrexis sin trasplante endotelial (DWEK) es una técnica con buenos resultados visuales. Su principal ventaja respecto a las queratoplastias endoteliales es evitar el uso de injerto corneal donante. La selección de casos es fundamental para el éxito de la cirugía, debiendo existir un estado aceptable del endotelio restante que permita postoperatoriamente la reposición adecuada de la zona desnuda y revertir el edema corneal.

Caso clínico: Paciente remitido por disminución de AV tras cirugía de facoemulsificación complicada con desprendimiento de Descemet en OD.

Antecedentes personales: Ambliopía OI. Facoemulsificación-LIO en sulcus ciliar OD, complicada con rotura capsular posterior y desprendimiento de Descemet paracentral.

Exploración oftalmológica:

AV sc OD: 0.3 E nm. OI: 0.05 BMC OD: Cornea transparente. Desprendimiento de Descemet paracentral inferior. BCA. No Tyndall. Pseudofaquia OI: Normal. PIO AO Goldmann: 15 mmHg. Fondo de ojo AO: Normal

Microscopia endotelial (ME) OD: 761 cels/mm² (Zona oscura, coincide con desprendimiento de Descemet focal). OI: 2244 cels/mm².

Se realiza DWEK excéntrica en OD en área paracentral nasal de 3x2 mm.

Postoperatorio: A las 24 horas BMC OD: Hiperemia conjuntival leve. Córnea transparente excepto zona paracentral nasal edema epitelial y estromal moderado. BCA. PIO OD: Normal. FO OD: Normal. Se inicia tratamiento tópico con prednisolona, moxifloxacino, antiedema y bromfenaco, todos en pauta descendente.

A los 20 días mejoría del edema corneal (leve). ME OD: 600 céls/mm² en el área central y 1292 céls/mm² en área paracentral temporal.

Tras 2 meses la paciente refiere buena AV con AVsc OD 0.3 E 0.5. AVcc 0.6 (Refracción: -0.25 esf -2.00 a 140°). BMC OD: Córnea transparente, resolución edema corneal y fibrosis tenue (lineal) paracentral nasal inferior. Mejoría de la ME OD: 749 céls/mm².

Conclusión: La DWEK permite la rehabilitación visual en casos seleccionados con endotelio viable.

CC11

TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA AYUDA A MANEJO POSTOPERATORIO DE IMAGEN DE DOBLE CÁMARA TRAS DSAEK

Sofía del Pozo Lérída, Alexandra Arango Rodríguez, Julia Widmer Pintos, Consuelo Arnaldos

Introducción: El número de queratoplastias lamelares está aumentando notablemente en los últimos años. Cuando se producen dislocaciones, la reinserción del injerto suele lograrse mediante la inyección de aire en la cámara anterior, con la denominada técnica de rebubbling. Sin embargo, este abordaje no siempre tiene éxito, especialmente si existe alguna irregularidad en la superficie corneal posterior. Aquí es donde el OCT de segmento anterior juega un papel importante.

Caso clínico: Varón de 88 años, con antecedentes de glaucoma avanzado intervenido de trabeculectomía en ambos ojos, que presenta úlcera corneal central de aspecto crónico y afaquia en ojo izquierdo. No se disponía de ningún registro histórico anterior. Le ofrecieron un DSAEK y un implante Artisan para lograr aliviar el dolor sin ser el objetivo ganar agudeza visual.

En el primer día postoperatorio se aprecia una doble cámara a nivel inferonasal y la burbuja de aire remanente ocupando el 30% de la cámara anterior a nivel superior. Se realizó un rebubbling para volver a adherir el injerto. Se realizó un OCT-SA que reveló un pliegue entre el injerto y la córnea receptora, que era el responsable del desprendimiento del injerto. El pliegue parecía ser un resto de membrana de Descemet, posiblemente de la descemetorrexia.

En una segunda cirugía, se desplazó el injerto hacia arriba y se limpió cuidadosamente el estroma posterior de la córnea receptora para eliminar todos los posibles remanentes entre las dos superficies. Adicionalmente, se tomó la decisión de colocar 3 puntos transfixiantes para asegurar la correcta colocación del injerto.

El primer día después de la operación, se colocó el injerto. En la SA-OCT se podía ver el injerto colocado, y el pliegue de Descemet por fuera del injerto, unido al resto del Descemet del paciente.

Conclusión: La luxación del injerto es una complicación frecuente de la técnica de DSAEK. La mayoría de los casos se pueden solucionar con la técnica de rebubbling.

CC12

MELANOMA CONJUNTIVAL CON ESTUDIO GANGLIO CENTINELA, EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Sandra Domínguez Llamas, Javier Avilés Prieto, Beatriz Mataix Albert, Antonio Manuel Garrido Hermosilla

Introducción:El melanoma conjuntival (MJ) es la segunda neoplasia maligna primaria más común de la superficie ocular. Este tumor emerge de melanocitos atípicos en la capa basal del epitelio. Los factores de riesgo más importantes son la melanosis adquirida primaria, nevus previos y exposición a rayos UV. El MJ se disemina a los ganglios linfáticos regionales en el 19 % de los casos en el momento del descubrimiento. Los primeros ganglios linfáticos regionales afectados por la diseminación ganglionar suelen ser preauriculares; la afectación de estos condiciona drásticamente el pronóstico.

Casos clínicos: 1º Exploración: AV OD de 0.3 que mejora a 1, en biomicroscopia (BMC) lesión conjuntival melanótica de 8 mm de diámetro. Tras un mes de evolución se evidencia importante crecimiento tumoral. En body-TAC se objetiva masa tumoral conjuntival de 22x10mm sin signos de extensión. Se realiza estudio de ganglio centinela(BSGC) con resultado negativo, y posterior exenteración OD con estudio anatomopatológico con resultado MJ polipoide infiltrante. 2º Exploración: AV OI 1, en BMC cicatriz conjuntival con pigmentación inferior y diseminación de pigmento a cornea. Se realiza estudio de ganglio centinela dependiente del tumor negativo, con posterior extirpación de conjuntiva con márgenes de seguridad, mitomicina C y desepitelización corneal. El estudio anatomopatológico de la pieza muestra márgenes libres.

Conclusión: Los datos publicados parecen ser no solo escasos, sino también difícilmente comparables, ya que el diseño de los estudios publicados es muy variable. En nuestros casos, la biopsia del ganglio centinela en este caso negativo, nos permitió realizar procedimientos quirúrgicos con fines curativos, siendo en uno de ellos suficiente con la extirpación conjuntival (non-touch). La BSGC se considera para la estadificación de pacientes MJ de alto riesgo, si se encuentra en una localización no límbica o MJ que es ≥ 2 mm de espesor.

CC13

CONJUNTIVOPLASTIA SIN SUTURAS: UNA TÉCNICA CÓMODA TANTO PARA EL PACIENTE COMO PARA EL CIRUJANO

Eva González Aquino, José M. Granados Centeno, Nieves Puerto Amoros, Almudena Moreno Martínez

Introducción: Describir una nueva técnica quirúrgica de conjuntivoplastia sin suturas con múltiples aplicaciones como la corrección de la conjuntivocalasia y la reparación de ampollas de filtración redundantes de cirugía filtrante de glaucoma utilizando adhesivo tisular de fibrina.

Casos clínicos: Presentamos una serie de casos compuesta de 3 pacientes: 2 intervenidos a causa de conjuntivocalasia y uno de ellos intervenido para reparar una ampolla de filtración de tamaño excesivo. La técnica quirúrgica utilizada consistió en: marcado con tinta la zona reseca estimada; bajo anestesia subconjuntival con lidocaína al 2% en la zona a reseca se realizaron 2 incisiones conjuntivales a los 0° y 180° de tamaño suficiente para introducir una cánula 20G mediante y disección subconjuntival, a través de estas incisiones se inyectó una pequeña cantidad de adhesivo tisular de fibrina; mediante la utilización de pinzas se puso en contacto ambos lados de la conjuntiva redundante y se mantuvo presionado durante unos 20 segundos para permitir la polimerización del adhesivo; mediante tijeras Westcott o Vannas se reseca la conjuntiva sobrante.

Se consiguió solucionar la redundancia conjuntival en los 2 casos de conjuntivocalasia y fue posible reducir el tamaño de la ampolla de filtración de los 360° iniciales a los 180° deseados. Los pacientes intervenidos reportaron molestias posquirúrgicas muy leves y mejoría de los síntomas de irritación de la superficie ocular: picor, sensación de cuerpo extraño, lagrimeo, enrojecimiento, etc.

Conclusión: Esta técnica se mostró efectiva tanto para la resolución de la alteración anatómica como de la sintomatología de los pacientes. También fue una técnica cómoda para el cirujano dado el breve tiempo quirúrgico y la corta curva de aprendizaje. Los pacientes tratados quedaron satisfechos con el cómodo postoperatorio, la rápida recuperación y la solución de sus síntomas.

CC14

QUERATOPRÓTESIS DE BOSTON TIPO I TRANSMUCOSA EN QUEMADURA QUÍMICA OCULAR SEVERA

Víctor Lázaro Rodríguez, M.^a Fideliz de la Paz Dalisay, Daniel Casado López, Juan Álvarez de Toledo

Introducción: La queratoprótesis de Boston tipo I (B1-KPro) constituye una alternativa en ojos no candidatos a queratoplastia penetrante. Aun así, requiere función lagrimal aceptable, buena aposición palpebral, fórnix profundo y ausencia de queratinización.

Se presenta una modificación quirúrgica de B1-KPro, denominada B1-KPro transmucosa, en una quemadura química ocular severa con acortamiento de fórnix.

Caso clínico: Mujer de 25 años con mala percepción luminosa en ambos ojos tras quemadura química ocular bilateral con sosa cáustica 3 meses antes. Intervenida en Estados Unidos de varios recubrimientos con membrana amniótica. A la exploración de ojo derecho (OD) destaca simbléfaron, adelgazamiento corneal, defecto epitelial y atalamia. La ecografía muestra un leve acortamiento de la longitud axial (pre-ptisis) y desprendimiento de retina (DR). En ojo izquierdo se evidencia insuficiencia limbar, defecto epitelial y catarata intumesciente.

Se decide intervenir OD con implante de queratoprótesis temporal, extracción de catarata, vitrectomía por DR con silicona, queratoplastia penetrante, liberación de simbléfaron, injerto de mucosa bucal en la superficie ocular, reconstrucción de fórnix y tarsorrafia temporal. A los 9 meses se realiza extracción de silicona e implante de B1-KPro recubierta de mucosa bucal exponiendo la óptica de la queratoprótesis (vídeo). A los dos días la agudeza visual (AV) sin corrección es de 0,65 y al mes de 0,9, siendo la AV con corrección de la unidad y manteniéndose estable al año de seguimiento.

Conclusión: La B1-KPro transmucosa puede considerarse una alternativa en quemadura química ocular severa con gran acortamiento de fórnix, como alternativa a osteo-odonto-queratoprótesis o queratoprótesis de tibia o cuando la queratoprótesis de Boston tipo II no está disponible. Permite la restauración de la anatomía y el estado de la superficie ocular utilizando tejido autólogo, con mejor estética y material disponible al contar con el marcado CE.

CC15

TOXICIDAD EPITELIAL CORNEAL POR BELANTAMAB MAFODOTIN

Carlos López Gutiérrez, Eduardo Corcóstegui Cortina, Telmo Xabier Lertxundi Plaza, José M.^a Cervera Peinado

Introducción: Los efectos adversos oculares asociados a nuevos tratamientos oncológicos son una realidad en aumento en nuestra práctica diaria.

Belantamab mafodotin es un inmunocónducido dirigido contra el antígeno de maduración de los linfocitos B que se emplea en el tratamiento de pacientes con mieloma múltiple en recaída o triple refractario.

Entre sus eventos adversos, la afectación corneal con aparición de opacidades en forma de microquistes epiteliales es la más frecuente.

Casos clínicos: Presentamos dos casos clínicos de pacientes tratados con belantamab mafodotin que desarrollaron toxicidad corneal.

Describimos los mecanismos implicados en la aparición de esta toxicidad por un daño off-target sobre las células progenitoras limbares, la graduación de su severidad dependiendo de la extensión de la afectación epitelial y de la disminución de la agudeza visual y el seguimiento recomendado.

Esta toxicidad es reversible y manejable con la interrupción y/o la reducción de la dosis del belantamb, siendo necesaria una colaboración estrecha con los hematólogos. Se recomienda la utilización de lágrimas artificiales sin conservantes.

Conclusión: La toxicidad corneal es frecuente en paciente tratados con Belantamab mafodotin y es necesario su seguimiento oftalmológico.

La comunicación y colaboración entre diferentes especialidades es fundamental en el cuidado de estos pacientes y en el manejo de esta toxicidad.

CC16

QUERATITIS MICÓTICA POR FUSARIUM SOLANI RESISTENTE A TRATAMIENTO ANTIFÚNGICO

Stefany Montoya Ortega, Daniela Ortiz Vaquerizas, Frederic Gomez Bertomeu

Introducción: La queratitis fúngica (QF) es una causa poco frecuente de infección ocular. Sin embargo, debido al diagnóstico tardío y baja penetrancia de los antifúngicos en el globo ocular, ésta representa una patología de gran morbilidad.

Caso clínico: Paciente varón de 55 años, portador de lentes de contacto, que acude derivado de atención primaria por clínica de 6 días de enrojecimiento ocular, fotofobia, visión borrosa e incremento gradual del dolor en ojo izquierdo. En tratamiento con tobramicina desde hace 5 días sin mejoría. A la exploración presenta agudeza visual de movimiento de manos y un infiltrado en forma de «U invertida» central de 2.8 mm fluoresceína positiva. Se toman muestras para cultivo microbiológico y se inicia tratamiento con colirios reforzados de ceftazidima 50mg/ml y vancomicina 50mg/ml horarios. Se realizan controles seriados cada 48 horas en donde se evidencia aumento exponencial del infiltrado a pesar de añadir voriconazol 10mg/ml, clorhexidina 0.02% y propamidina 0.1%. A los 6 días los cultivos son negativos y el infiltrado sigue progresando en tamaño y profundidad, y asocia hipopion, por lo que se realiza nuevo raspado corneal para tinción de Gram y Calcoflúor, que visualiza hifas septadas, y se inicia colirio de natamicina 5% horario. A pesar del tratamiento, se observa afectación de capas profundas con aumento del hipopion asociado a hipema, por lo que se indica queratoplastia terapéutica de urgencia. Se envía muestra para anatomía patológica y para análisis por PCR, que confirma el diagnóstico de *Fusarium solani*, multirresistente a la mayoría de antifúngicos.

Conclusión: *Fusarium solani* es hongo filamentoso de hifas septadas muy virulento, debido a su capacidad de atravesar la membrana de Descemet y provocar infección intraocular refractaria al tratamiento. La queratoplastia terapéutica temprana puede suponer la diferencia entre conseguir o no controlar la infección y mejorar el mal pronóstico de estas queratitis infecciosas.

CC17

ANULADO

Casos Clínicos y Maniobras Quirúrgicas

CC18

AMILOIDOSIS VÍTREA: MANIFESTACIÓN DE MUTACIÓN DE LA TRANSTIRRETINA

Germán Allendes Urquiza, Carolina Arruabarrena Sánchez, Rafael Montejano Milner, Yolanda Castro Álvarez

Introducción: La amiloidosis es un grupo de enfermedades causado por conformación proteica anómala, resultante en depósito de agregados fibrilares insolubles en tejidos. La afectación vítrea se debe a que los haces colágenos actúan como andamiaje para la agregación del amiloide.

Caso clínico: Varón de 70 años en espera de cirugía de cataratas (C3N1) de ambos ojos (AO) que presenta brusca disminución de agudeza visual (AV) en 20 días, llegando a 0,1 en AO (previa 0,5/0,2). A la exploración presenta cataratas C3N1, con opacidades vítreas densas flotantes en AO, sin retinitis, coroiditis ni vasculitis. La analítica general, VSG, PCR, perfil inmunológico e infeccioso resultan normales. La electroforesis de sedimento urinario informa de un pico monoclonal de IgA κ en β 2 microglobulina, sin proteínas en orina. Hematología descarta patología que justifique el cuadro. Ante ausencia de diagnóstico, se realiza vitrectomía pars plana (VPP) diagnóstico-terapéutica en OI, con resultado de material amorfo que con rojo Congo muestra birrefringencia verde a luz polarizada, compatible con amiloidosis. La tinción con técnica A descarta amiloidosis secundaria. Se realiza aspirado y biopsia medular que presenta aumento de células plasmáticas con distribución intersticial y se diagnóstica de hipergammaglobulinemia de significado incierto. El estudio histoquímico del vítreo, corresponde a depósitos de prealbúmina / transtirretina (TTR). El estudio genético del gen TTR demuestra que es portador en heterocigosis de la mutación c.148G>. En el estudio sistémico se comprueba compromiso cardíaco por amiloidosis hereditaria. Se realiza VPP en OD, con el mismo resultado histopatológico. El paciente queda con AV de 0,8 en AO.

Conclusión: La amiloidosis debe considerarse como diagnóstico diferencial en caso de opacidades vítreas densas. Ante una amiloidosis ocular, el paciente debe ser remitido para estudio a Hematología y Medicina Interna, ya que se puede encontrar compromiso de otros órganos.

CC19

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DE MELANOMA DE COROIDES: CORIORRETINOPATÍA HEMORRÁGICA EXUDATIVA PERIFÉRICA

Javier Avilés Prieto, Fco. de Borja Domínguez Serrano, María José Morillo Sánchez, Enrique Rodríguez de la Rúa Franch

Introducción: La coriorretinopatía hemorrágica exudativa periférica (PEHCR) es una vasculopatía retiniana de etiología desconocida. Los principales factores de riesgo son la edad mayor de 80 años, sexo femenino, raza caucásica, hipertensión sistémica y anticoagulación. Suele cursar de forma asintomática, aunque puede presentar pérdida visual, miodesopsias o fotopsias secundarias a hemorragia vítreas o subretinianas, desprendimiento de retina o fibrosis subretiniana. Carece de un tratamiento establecido con evidencia suficiente.

Caso clínico: Mujer de 85 años de edad derivada por sospecha de melanoma de coroides en ojo izquierdo, descubierto de forma incidental en revisión por pérdida de agudeza visual insidiosa. Antecedentes personales: DM II, HTA y dislipemia. Exploración: Agudeza visual en OI: 0.3 ;Biomicroscopía: pseudofaco. Retinografía: OD: lesión pigmentada en media periferia, ovalada y plana con hemorragia adyacente. OI: lesión sobreelevada a nivel temporal, en media periferia, con línea de demarcación marcada nasal. Abundante exudación dura y dispersión de pigmento en 360°. Dos lesiones melánicas inferiores ovaladas y planas con hemorragias adyacentes. OCT macular: alteración perfil foveal. Desprendimiento del epitelio pigmentario masivo. Ecografía: lesión retiniana de ecogenicidad heterogénea. No ángulo kappa ni vacío acústico. Angiografía fluoresceínica: no doble circulación. RMN de órbitas con contraste: hipointensa en T1 y T2. Estudio de extensión: normal.

Conclusión: Actualmente, la PEHCR es considerada una de las principales entidades englobadas en el concepto de «pseudomelanoma». Por ello, el estudio de imagen multimodal tiene gran importancia para diagnosticar esta entidad y facilitar el diagnóstico diferencial con el melanoma de coroides, principalmente, y otras entidades secundarias como hemangioma capilar, macroaneurismas, vitreorretinopatía exudativa familiar, hemangioma coroideo, linfoma uveal y tumores metastásicos coroideos.

CC20

VASCULITIS DE RAMA ESCARCHADA BILATERAL IDIOPÁTICA

Ignacio Balparda, María Verna Useglio, Luisina Sosa

Introducción: La vasculitis de rama escarchada es una enfermedad vascular infrecuente, producida por una respuesta inmune inespecífica, la cual puede estar relacionada a patología ocular o sistémica, como consecuencia de un proceso infeccioso, neoplásico o autoinmune aunque en su mayoría se considera de causa idiopática. El cuadro se presenta con inflamación vascular, edema y hemorragias en la retina.

Caso clínico: Se presenta el caso de un hombre de 28 años de edad que consultó por pérdida de agudeza visual de ambos ojos con un episodio febril de origen desconocido como pródromo. Al exámen oftalmológico se encontraron signos de vasculitis en ambos ojos. Se realizaron estudios complementarios tanto oftalmológicos como sistémicos, pero no se encontró ningún hallazgo sugestivo de una patología primaria como causa de la vasculitis. Se le diagnosticó entonces vasculitis de rama escarchada idiopática de la retina.

Conclusión: Es escasa la información que existe en la literatura sobre esta patología, por lo cual el diagnóstico final generalmente se hace de forma tardía, retrasando también un tratamiento oportuno. De ahí radica la importancia de tener en cuenta este tipo de afecciones en pacientes previamente sanos, sin síntomas asociados, que presentan disminución aguda de la visión y vasculitis al fondo de ojos.

CC21

FIJACIÓN ESCLERAL EN PARACAÍDAS DEL IMPLANTE DE FLUOCINOLONA ACETÓNIDO

Rita Basto, Renato Barbosa, Carla Teixeira, Rui Carvalho

Introducción: La afaquia, el implante de lente intraocular de cámara anterior, los grandes defectos en la cápsula posterior, las zónulas o el iris y la vitrectomía previa son factores de riesgo para la migración anterior de los implantes intravítreos. El objetivo de esta presentación es describir una técnica de fijación escleral del implante de fluocinolona acetónido (FAC) después de su migración a la cámara anterior, en un paciente con debilidad zonular superior como consecuencia de una cirugía de catarata.

Técnica quirúrgica: Se realizó una paracentesis y se llenó la cámara anterior con material viscoelástico. El implante FAC se extrajo con pinza de vitrectomía. La sutura se anudó alrededor de la parte central del implante FAC, haciendo 2 bucles. Se creó una esclerotomía vía pars plana con una aguja 23G, a través de la cual el implante se insertó suavemente, mientras se aseguraba la integridad de la sutura de soporte. En seguida, la sutura ha pasado por la esclerótica, mientras se cerraba también la esclerotomía. Terminó con cierre de la conjuntiva e hidratación de paracentesis.

Conclusión: La presencia del implante FAC dentro de la cámara anterior puede estar asociada con concentraciones más altas de fármaco en la malla trabecular, lo que aumenta el riesgo de glaucoma inducido por esteroides y daño corneal debido al contacto físico y traumatismos repetitivos. Es deseable la extracción quirúrgica temprana de un implante de esteroides para limitar los efectos adversos. Esta técnica es útil para conservar el implante y evitar futuras migraciones.

CC22

OZURDEX® INTRACRISTALINIANO: ¿VÍA DE ADMINISTRACIÓN?

Andrés Biescas Merino, Jacobo Yáñez Merino, Mario García Hermerosín, Arturo Rodríguez Marco

Introducción: en los últimos años el tratamiento intravítreo con antiangiogénicos y corticoesteroides está tomando mucho peso en patologías como la DMAE, oclusiones vasculares de la retina, edemas maculares diabéticos etc., Si bien es cierto que el efecto es temporal y es necesario aplicar estos fármacos periódicamente, son la mejor arma de la que disponemos actualmente para combatir la pérdida de agudeza visual por estas patologías.

Caso clínico: Varón de 56 años con antecedentes de crioglobulinemia y síndrome de Raynaud. Acude a consulta por oclusión venosa de la rama temporal superior en su ojo derecho. Clínicamente, el paciente refiere pérdida de visión en campo inferior OD que es objetivada con una AV de 6/10. Funduscópicamente se observan exudados duros y hemorragias en llama en hemirretina superior acompañados de un edema macular quístico evidente en tomografía de coherencia óptica. Se decide tratamiento intravítreo con implante de dexametasona (Ozurdex®). Tras la primera inyección, el EMQ mejora durante un tiempo, volviendo a aparecer a los 4 meses. Se decide volver a pinchar otra dosis intravítrea de corticoesteroides, pero esta vez el paciente recibe el tratamiento en el espesor del cristalino. En las sucesivas revisiones, el paciente presenta buena evolución del edema macular manteniéndose el efecto del Ozurdex® durante más de un año sin aparecer catarata hasta más de 12 meses después.

Conclusión: en numerosas ocasiones a lo largo de la historia, han surgido importantes avances en medicina a raíz de errores humanos. Con este caso clínico ponemos de manifiesto una liberación más lenta y sostenida de un fármaco por error médico, pero sin apenas repercusión sobre la PIO. De este modo, el perfil foveal se mantiene conservado durante más tiempo que con la dosis intravítrea (12 meses vs 3-4 meses) y los niveles de presión intraocular no resultan alterados en ningún momento.

CC23

DISTROFIA MACULAR OCULTA: DIVERSAS FASES DE LA ENFERMEDAD EN UNA MISMA FAMILIA

Ana Crespí Ferrán, Alejandro Filloy Rius

Introducción: La distrofia macular oculta (DMO) se caracteriza por pérdida progresiva de agudeza visual (AV) debido a la pérdida de conos foveales. Los síntomas suelen aparecer en la 3a década de la vida. Existen 2 formas: esporádica y hereditaria, con herencia autosómica dominante, asociada a una mutación del gen RP1L1.

Su diagnóstico suele ser tardío. El fondo de ojo (FO) y la angiografía con fluoresceína (AGF) son normales. Las pruebas con mayor utilidad son: tomografía de coherencia óptica (OCT) en la que se puede observar disminución del grosor foveal y pérdida de la banda elipsoide en la región central; autofluorescencia (AF) presentando hiperAF circular alrededor de la fovea, y electroretinograma multifocal (mfERG), observándose disminución de las amplitudes en los 15° centrales. La prueba genética es la prueba diagnóstica más precisa.

Caso clínico: Varón de 58 años que refiere disminución AV de 15 años de evolución. Explica baja visión en varios parientes maternos. Presenta una AV en el ojo derecho (OD) de 0.4 y en el ojo izquierdo (OI) de 0.3. En FO destaca palidez macular en forma elipsoide. En OCT observamos adelgazamiento de predominio central a expensas de capas externas y en AF destaca hipoAF macular. Se decide solicitar estudio genético por sospecha distrofia de conos y citar a las hijas.

La hija mayor, 33 años, explica disminución AV de 4 años de evolución. Presenta AV de 0.4 bilateral. En FO observamos mínimos cambios pigmentarios maculares y en OCT degeneración subfoveal a expensas de capas externas de forma bilateral. AF sin cambios.

La hija menor, 23 años, presenta AV de 0.6 en OD y 1 en OI. El FO es normal, pero en la OCT se observa degeneración externa subfoveal e hiperAF oval foveal bilateral en la AF.

Conclusión: La DMO es una enfermedad poco frecuente que se caracteriza por pérdida de visión progresiva en pacientes con FO, ERG y AGF normales. Ante estos casos solicitar OCT, AF y mfERG, así como estudio de genético es de utilidad.

CC24

CANDIDA GUILLIERMONDII COMO CAUSA DE ENDOFTALMITIS CRÓNICA. ¿PATÓGENO EMERGENTE?

Javier Ferrando Gil, Jorge Sánchez Molina, Ane Guibelalde González, Asier Amenábar Alonso

Introducción: el rol del medio ambiente en la aparición de nuevos patógenos infecciosos esta cada vez más reconocido. Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de endoftalmitis crónica secundaria al patógeno *Candida guilliermondii*, descrito en la literatura hasta el momento en climas tropicales.

Caso clínico: paciente sometido a cirugía de cataratas con posterior desarrollo a los 6 meses de un episodio de uveítis anterior aguda en ojo derecho (OD) refractaria a tratamiento tópico requiriendo Ozurdex en última instancia. A las dos semanas el paciente es diagnosticado de una endoftalmitis del OD. Cabe destacar la ausencia de dolor durante el episodio. Se procede a la inyección intravítrea de manera urgente de vancomicina y ceftazidima. Se obtienen muestras de humor acuoso y humor vítreo. El paciente ingresa y recibe tratamiento tópico y sistémico. El paciente es dado de alta tras una parcial mejoría sin requerir vitrectomía. Al mes acude por visión de bultos sin dolor con diagnóstico de una nueva endoftalmitis procediéndose a la realización vitrectomía con extracción de cultivo e inyección de vancomicina intravítrea. El cultivo resulta positivo para *Candida guilliermondii* y el paciente ingresa para tratamiento sistémico e intravítreo con voriconazol y vitrectomía. Intraoperatoriamente se detectan depósitos blanquecinos intracapsulares realizándose una capsulotomía posterior y lavado capsular. Al mes presenta buena evolución tras tratamiento sistémico y tópico en pauta descendente. La agudeza visual es de 0,1, no presenta dolor y presenta mínimo Tyndall.

Conclusión: los patógenos emergentes están suponiendo un cambio en el perfil epidemiológico de las infecciones hospitalarias e implican un reto diagnóstico y terapéutico para el especialista. El futuro requerirá del conocimiento de estos nuevos microorganismos con el objetivo de plantear estrategias eficaces ante ellos.

CC25

CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS DE LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA DE DOMINIO ESPECTRAL EN LA NEURORRETINOPATÍA MACULAR AGUDA

Sandra Gómez Perera, Hugo E. Tapia Quijada, Carla Arteaga Henríquez, Sara Rodríguez Marrero

Introducción: Demostrar la utilidad de la tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT) en la investigación de la evolución de las lesiones retinianas externa observada en un caso de neurorretinopatía macular aguda (NMA).

Caso clínico: Un varón de 22 años presentó una mancha oscura paracentral en el ojo izquierdo de 2 días de evolución, precedida por una enfermedad similar a la gripe. Se realizó un examen oftalmológico completo, visión del color, examen del campo visual y estudios de imagen convencionales de la retina. Se realizaron retinografía en color, autofluorescencia, campos visual y SD-OCT de la región macular.

La agudeza visual mejor corregida fue 20/20 en ojo derecho y 20/40 en ojo izquierdo. El examen con lámpara de hendidura, así como las fotografías de la retina, no fueron reveladores. El examen infrarrojo oftalmoscópico con láser de barrido mostró un área sutil, oscura en la región macular que correspondía a un parche redondeado dibujado por el paciente en una rejilla de Amsler. El SD-OCT mostró una lesión focal altamente reflectante desde la capa plexiforme externa (OPL) que se extendía hacia capa nuclear externa (ONL), llegando hasta la zona de elipsoides. Después de la recuperación, la SD-OCT de seguimiento mostró una tenue área hiperreflectiva en la ONL. Por lo demás, la membrana limitante externa, la banda interna del epitelio pigmentario de la retina, la zona de elipsoides y las capas de la retina eran normales.

Conclusión: La tomografía de coherencia óptica de dominio espectral es de particular interés en el diagnóstico de AMN. También es muy útil para presentar los eventos cronológicos que suceden en la retina externa.

CC26

CORIORRETINOPATÍA SEROSA CENTRAL LIKE EN PACIENTE CON MASTOCITOSIS SISTÉMICA

Mirlibeth Loreto Carrero, Marina Rodríguez Andrés, Sonia Labrador Velandia, Laura Monje Fernández

Introducción: La coriorretinopatía serosa central(CSC) es una alteración idiopática caracterizada por un desprendimiento neurosensorial seroso(DNS) en la región macular. Suele ser una enfermedad esporádica y autolimitada que afecta preferentemente a hombres jóvenes y de mediana edad. Puede manifestarse de forma unilateral o bilateral y presentar recurrencias.

Caso clínico: Varón de 57 años, que acude por presentar alteración de la agudeza visual(AV) central en ambos ojos(AO). Antecedentes de miopía y mastocitosis sistémica confirmada por biopsia de piel en tratamiento con cromoglicato desde hace 4 años . A la exploración oftalmológica AV corregida 1 en el ojo derecho(OD) y 0,9 en el ojo izquierdo(OI). La presión intraocular y la biomicroscopia del polo anterior son normales. En el fondo de ojo retina con aspecto atigrado, mácula poco contrastada y excavación papilar de 0,5 mm en AO. Se realizó una tomografía de coherencia óptica que mostró un DNS con líquido subretiniano, extenso, plano y bilateral. El electrorretinograma descartó distrofia de conos de inicio tardío. La angiografía con fluoresceína no mostró áreas de fugas y el campo visual(CV) reveló escotomas centrales bilaterales. Después de un examen completo, se diagnosticó CSC like posiblemente relacionado con la mastocitosis sistémica.

Conclusión: Describimos una caso de CSC like, con fluido estable y plano que afecta a AO, en un paciente sin factores de riesgo para CSC y con diagnóstico de mastocitosis sistémica;donde los mastocitos pueden infiltrar cualquier tejido u órgano. El 99% de las mastocitosis son cutáneas,y el 1% sistémicas. Los mastocitos juegan un papel importante en el proceso inflamatorio y liberan mediadores como la histamina y la triptasa, aumentando la permeabilidad de los vasos sanguíneos;hay una mayor infiltración de mastocitos a través de la coroides que puede causar el paso de líquido al espacio subretiniano. Esto podría explicar el líquido subretiniano, crónico de nuestro caso.

CC27

OCLUSIÓN DE ARTERIA CILIORRETINIANA ASOCIADA A OCLUSIÓN DE LA VENA CENTRAL DE LA RETINA

Andrea Martín Herrero, Natalia Pastora Salvador, Marina Sastre Ibáñez, María José Crespo Carballés

Introducción: La oclusión de la arteria ciliarretiniana (OAC) asociada a oclusión de la vena central de la retina (OVCR) es una entidad infrecuente cuyas manifestaciones clínicas y manejo se tratan en el siguiente caso clínico.

Caso clínico: Mujer de 29 años que acude al servicio de urgencias por pérdida brusca de visión en ojo derecho. Refiere episodios de amaurosis fugax los días previos. Presenta agudeza visual de movimiento de manos con defecto pupilar aferente realtivo. En el fondo de ojo presenta signos sugestivos de OVCR (edema de papila, tortuosidad vascular y hemorragias dispersas) con área de isquemia retiniana macular. En la tomografía de coherencia óptica (OCT) se observa maculopatía paracentral aguda (PAMM) con desprendimiento neurosensorial y edema macular quístico. En la angiografía, retraso de llenado vascular sin relleno de la arteria ciliarretiniana superior. Se diagnostica por tanto de OVCR y OAC.

Se pide estudio de factores de riesgo cardiovasculares y enfermedad tromboembólica, con únicos hallazgos de toma de anticonceptivos orales y migraña. A nivel sistémico se suspendió el uso de anticonceptivos orales y se pautó antiagregación. A nivel ocular se aplicó ranibizumab intravítreo con gran mejoría estructural, pero leve funcional.

Conclusión: El diagnóstico de la OVCR y OAC debe sospecharse ante unos hallazgos fundoscópicos de OVCR con área de edema isquémico macular que puede expresarse como PAMM en la OCT. Confirmándose mediante angiografía. El manejo debe centrarse en la búsqueda de factores de riesgo y tratamiento de las complicaciones oculares asociadas.

CC28

ENFERMEDAD DE OGUCHI: A PROPÓSITO DE UNA FAMILIA

Violeta Martínez Torres, Gabriela Ossa Zazzali, Julio César Molina Martín

Introducción: La enfermedad de Oguchi es una forma poco frecuente de ceguera nocturna estacionaria congénita. Se han reportado unos 50 casos en todo el mundo, la mayoría en Japón. Es una patología hereditaria, autosómica recesiva, que presenta una característica clínica que se conoce como el fenómeno de Mizuo-Nakamura, que consiste en la desaparición de la decoloración típica dorada de la retina tras un periodo de adaptación a la oscuridad.

Es una enfermedad causada por mutaciones en el gen SAG, que codifica para la arrestina (Oguchi tipo 1) o por mutaciones en el gen GRK1, que codifica para la rodopsina quinasa (Oguchi tipo 2).

Casos clínicos: Se presentan tres casos clínicos de pacientes con ceguera nocturna estacionaria que pertenecen a la misma familia. Nuestro caso índice es un varón de 48 años que acude a nuestro servicio refiriendo nictalopía desde la infancia. Presentaba una decoloración dorada de la retina en condiciones fotópicas, pero tras una hora de adaptación a la oscuridad no se observó cambio en la coloración de la retina (Efecto de Mizuo-Nakamura negativo).

Se llevo a cabo el estudio de sus tres hijos: dos de sus hijos referían ceguera nocturna y presentaban los mismos cambios en la coloración de la retina. Ambos presentaron una exploración oftalmológica normal. Se mantuvo a los pacientes en una habitación sin luz durante una hora y se observó la desaparición de la decoloración retiniana (Efecto Mizuo-Nakamura positivo). El tercer hijo no presentaba sintomatología ni cambios fundoscópicos que sugirieran patología retiniana.

Conclusión: Se han descrito casos donde se observaba la desaparición de este fenómeno con el tiempo, de la misma forma que ocurre en nuestro caso índice.

Los pacientes con ésta enfermedad presentan una curva de adaptación a la oscuridad característica que se diferencia de otras formas de ceguera nocturna. En estos casos los bastones pueden alcanzar una sensibilidad normal tras 1 o 2 horas de adaptación a la oscuridad.

CC29

MEMBRANA NEOVASCULAR EN LA INFANCIA: ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE UN CASO

Clara Montenegro del Pozo, Fabio Contieri Lambiase

Introducción: La membrana neovascular coroidea (MNV) es una entidad infrecuente de la edad pediátrica que puede conducir a una importante pérdida de visión. Su etiopatogenia aún no está clara y no existe un manejo estandarizado.

Caso clínico: Paciente varón de 12 años sin antecedentes de interés, que acude por presentar disminución de agudeza visual (AV) y metamorfopsias en ojo derecho (OD) de varios días de evolución sin referir alteraciones en ojo izquierdo (OI). A la exploración presenta AV OD: 0.5 y OI: 1, movimientos oculares conservados y reflejo pupilar normal. La biomicroscopía fue normal y la presión intraocular (PIO) resultó 17mmHg en ambos ojos (AO). El examen de fondo de ojo (FO) reflejó en OD: Lesión circunscrita a nivel macular ligeramente sobreelevada con bordes puntiformes de coloración marronácea-anaranjada, papila normocoloreada simétrica, no congestiva, retina aplicada aspecto normal 360°; y en OI: mácula normal, se aprecia alteración del reflejo macular incipiente. Se realizó Tomografía Coherencia Óptica (OCT) y Angiografía por Tomografía de Coherencia Óptica (angio-OCT). La OCT mostró en OD: desprendimiento de EPR, líquido a nivel SR y edema macular; OI: mácula normal. La angio-OCT en OD muestra una hiperfluorescencia en fase precoz que aumenta en fase tardía compatible con MNV subyacente. Se decide tratamiento intravítreo (IVT) con terapia frente al factor de crecimiento endotelial vascular (anti-VEGF) con 1 dosis de Aflibercept. Se solicitaron las pruebas complementarias encaminadas a establecer la posible causa de la MNV y se realizó un seguimiento estrecho.

Conclusión: Ante la presentación inicial de una MNV en la infancia proponemos tratamiento IVT anti-VEGF para intentar restaurar la anatomía y funcionalidad antes de llegar al diagnóstico definitivo causante de la entidad, en este caso se administraron 2 dosis de refuerzo de Aflibercept en los meses siguientes, mostrando reducción de la membrana neovascular y recuperación de AV OD: 1.

CC30

RUPTURA COROIDEA EN ÁREA MACULAR SECUNDARIA A TRAUMATISMO CONTUSO

Juan S. Moreno Olvera, Frida Cordero Luna, José Alberto Rocha Medina

Introducción: Las rupturas coroideas traumáticas pueden asociarse a membrana epirretiniana fibrocelular, a proliferación fibrovascular subretiniana y a posible neovascularización. El trauma se asocia con un factor de crecimiento vascular endotelial como parte del proceso de cicatrización. Este proceso incluye la hiperplasia del EPR en los márgenes de la lesión y la aparición de neovasos en el proceso de cicatrización de la ruptura coroidea que a su vez pueden desaparecer sin repercusión clínica.

Caso Clínico:

02-02-2022 Paciente enviado de San Martín Puebla México por oftalmólogo de primer contacto, posterior a recibir trauma en región temporal derecha por tercero con codo, jugando fútbol soccer hace una semana de evolución. Refiere disminución de visión súbita de ojo derecho posterior a trauma.

Ojo derecho.- Presencia de restos hemáticos subretinianos de 1.5 diámetros de disco en área foveolar.

Estudio OCT .- Con ruptura de capa de Epitelio Pigmentario

16/02/2022 Acude a consulta para administración de antiangiogénico Ranibizumab

2/03/2022 Fundoscopia bajo midriasis .- ojo derecho se observa fractura coroidea de trazo vertical de aproximadamente 1 mm de longitud, escasos restos hemáticos subretinianos.

7/04/2022 Fluorangiografía , - Ojo derecho patrón de hiperfluorescencia de tipo tinción la cual permanece en hiperfluorescencia en todas las fases con la misma intensidad en área macular . Una línea de trazo hiperfluorescente de trazo vertical de 1 mm de longitud evidenciando cicatriz macular

Conclusión: Por ser sangrado de tipo subretiniano se indicó tratamiento con antiangiogénico intravítreo , el cual ha demostrado ser de rescate y en algunos casos manifestar éxito terapéutico estas lesiones agudas traumáticas retinianas.

Al mes de aplicado el antiangiogénico intravítreo el paciente de leer 25 letras tuvo una mejoría al leer 30 letras del EDTRS por lo que recomendamos la aplicación de antiangiogénico en sangrado subretiniano

CC31

OCLUSIÓN COMBINADA DE ARTERIA Y VENA CENTRAL DE LA RETINA: DIAGNÓSTICO Y EVOLUCIÓN A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO

Carlos Perálvarez Conde, José I. Fernández-Vigo Escribano, Haizea Etxabe Ávila

Introducción: la oclusión combinada de arteria y vena central de la retina (OACR y OVCR) es una patología poco frecuente que asocia las características clínicas de ambas oclusiones vasculares, entre ellas, mancha rojo-cereza, hemorragias retinianas y dilatación y tortuosidad venosas.

Caso clínico: paciente varón de 46 años con glaucoma bilateral avanzado en tratamiento farmacológico como único antecedente oftalmológico, que consultó por disminución de agudeza visual (AV) en ojo izquierdo (OI), siendo ésta de movimiento de manos. En el examen oftalmológico destacó glaucoma neovascular (GNV) en OI, con presión intraocular (PIO) en OI de 50 mmHg (PIO 18 mmHg en OD) e iridotomía periférica permeable bilateral. En el fondo de ojo, la excavación papilar fue 9/10 en OD, siendo no valorable en OI por edema de papila; además, se evidenció signos de OVCR e isquemia retiniana severa en OI. La angiografía fluoresceínica (AGF) confirmó la sospecha diagnóstica de oclusión combinada de arteria y vena central de la retina en OI, con defecto de repleción de los vasos retinianos tanto en tiempos precoces como tardíos y evidenciando isquemia retiniana con respeto parcial del territorio ciliarretiniano. La tomografía de coherencia óptica (OCT) estructural macular en OI mostró fibrosis subfoveal y fluido sub e intrarretiniano. Se indicó tratamiento hipotensor ocular máximo y se programó panfotocoagulación retiniana e inyecciones intravítreas de anti-VEGF, con mal pronóstico visual.

Conclusión: la oclusión combinada de arteria y vena central de la retina es una entidad clínica con mal pronóstico visual, debido al inevitable desarrollo de GNV secundario a la grave y extensa isquemia retiniana y a la pérdida irreversible de AV. Las principales patologías asociadas con este cuadro son las vasculitis y los trastornos tromboembólicos.

CC32

LA CORIORRETINITIS PLACOIDE POSTERIOR AGUDA SIFILÍTICA A TRAVÉS DE LA ANGIOGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA

Ainhoa Rosselló Ferrer, María Artigues Martínez, Teresa Salvá Palomeque, Elena Rigo Oliver

Introducción: Analizar la aportación de la angiografía por tomografía de coherencia óptica (OCT-A) a la comprensión de la fisiopatología de la Coriorretinitis Placoide Posterior Aguda Sifilítica (CPPAS).

Caso clínico: Presentamos un paciente varón de 52 años que acudió por disminución aguda y severa de la agudeza visual (AV) en el ojo derecho (OD). La exploración en ambos ojos mostraba únicamente un Tyndall anterior 1+ y una vitritis leve. El campo visual (CV) del OD reveló una severa afectación de todos los cuadrantes, mayormente, del polo posterior y en el ojo izquierdo (OI) inicio de afectación central y periférica. El estudio multimodal fue compatible con CPPAS y, al reinterrogar al paciente, refirió clínica reciente compatible con sífilis secundaria. Los estudios serológicos confirmaron el diagnóstico. La elevada asociación de la CPPAS con la neurosífilis, motivó el estudio y confirmó que se trataba de esta entidad.

En la OCT-A del OD destacaba un aumento de la zona avascular foveal y una importante disminución de la densidad vascular del plexo superficial y, sobre todo, del plexo profundo. La OCT en face mostró depósitos hiperrefringentes a nivel del epitelio pigmentario de la retina (EPR).

Se instauró tratamiento con penicilina y se realizó un seguimiento estrecho, evidenciándose una progresiva mejoría, normalizándose tanto la AV como el CV a los dos años y medio. Dicha mejoría fue paralela a la normalización de la perfusión retiniana, comprobada mediante OCT-A, y a la desaparición de los depósitos a nivel del EPR, en la OCT en face.

Conclusión: La isquemia retiniana podría jugar un papel importante en la fisiopatología de la CPPAS justificando, en gran parte, la severidad de la clínica al inicio del cuadro y, a su vez, la espectacular capacidad de recuperación con el tratamiento. Los depósitos visualizados en la OCT en face podrían corresponder a células inflamatorias, espiroquetas o depósitos inmunes, como ya ha sido postulado por otros autores.

CC33

RETINOPATÍA AUTOIMMUNE ASOCIADA A GAMMAPATÍA MONOCLONAL DE SIGNIFICADO INCIERTO

Pedro L. Salvá Palomeque, M.^a del Pilar Rodríguez Merchante, Ester Carreño Salas, Inés Hernanz Rodríguez

Introducción: La retinopatía autoinmune (RAI) abarca una serie de enfermedades degenerativas retinianas de posible origen inflamatorio o paraneoplásico, caracterizadas por la presencia de autoanticuerpos (Ac) en suero fisiológico que «atacan» a antígenos retinianos; acompañados además de signos y síntomas visuales causados por disfunción fotorreceptora.

Casos clínicos: Dos pacientes de edad avanzada con diagnóstico de gammapatía monoclonal de significado incierto, son evaluados por fopsias y nictalopía de larga evolución. La agudeza visual, biomicroscopía y la presión intraocular eran normales. La exploración funduscópica era anodina salvo áreas periféricas de redistribución de pigmento en un paciente. La autofluorescencia mostró áreas hiperautofluorescentes en periferia media que coincidían con áreas de alteración de fotorreceptores en la OCT-SD. La electrofisiología y el campo visual estaban alterados. Los estudios de extensión para descartar procesos inmunomediados, infecciosos o neoplásicos fueron negativos. Se detectaron Ac anti-retina del tipo anti-anhidrasa carbónica II en ambos casos. El fenotipo ocular (retinopatía externa bilateral) asociado a la detección de Ac anti-retina podría catalogarlo como RAI, en un contexto de gammapatía monoclonal que per se asocia una disregulación del sistema inmune con posible afectación de los fotorreceptores.

Conclusión:

- El diagnóstico de RAI supone un gran reto para el oftalmólogo. No existen criterios diagnósticos bien establecidos, y en la mayoría de casos se trata de un diagnóstico de exclusión, descartando cualquier tipo de distrofia retiniana.
- No hay técnicas estandarizadas para la detección de Ac anti-retina, ni para determinar su patogenicidad. Estos no son diagnósticos ni específicos para confirmar el diagnóstico. Un alto índice de sospecha apoyado por la presencia de los Ac anti-retina, así como un diagnóstico precoz, podría reducir el riesgo de afectación retiniana irreversible.

CC34

HEMANGIOMA CAPILAR RETINIANO, PAUTAS DE TRATAMIENTO CON LÁSER

Carlos Solera de Andrés, Mónica Asencio Durán, Oriana D'Anna Mardero

Introducción: El manejo de los hemangioblastomas retinianos (HR) periféricos según tamaño, complicaciones y recurrencias es motivo de discusión. Presentamos nuestra experiencia en el manejo de un HR tratado mediante fotocoagulación.

Caso clínico: Paciente varón de 22 años de edad, con antecedentes oftalmológicos de aniridia, hipoplasia foveal y glaucoma secundario bilateral, con disminución de agudeza visual en ojo derecho de 3 meses de evolución. El diagnóstico fue de HR periférico de 3 diámetros de papila (DP) con desprendimiento exudativo de retina macular. Se fotocoaguló la lesión mediante láser argón con un tiempo de exposición de 0.2 segundos (s) y una potencia elevada de 850-900 milivatios (mW), consiguiendo el blanqueamiento de la lesión. Sin embargo, 5 meses después la lesión recidivó, presentando relleno vascular y fluido sub-retiniano macular. Se decidió fotocoagular la lesión de nuevo a 850-900 mW pero con un tiempo de exposición de 1 s. Además, se trató de forma concomitante el vaso aferente con un tiempo de exposición de 0.7 s y baja potencia, subiendo gradualmente hasta llegar a una potencia final de 150-450 mW y conseguir griseamiento, con el fin de obtener una fototrombosis del vaso aferente sin inducción de hemorragia. 18 meses después, el paciente se encuentra estable y asintomático, la lesión hialinizada y fibrosada, y la tomografía de coherencia óptica macular después del tratamiento y hasta la fecha demuestra una resolución total del fluido intra y subretiniano.

Conclusión: Ante HR >1 DP la arteria nutricia debería ser fotocoagulada primero, a baja potencia y durante tiempos de exposición prolongados, para posteriormente fotocoagular de forma directa el cuerpo tumoral hasta conseguir su atrofia y pérdida de color.

CC35

RETINOCITOMA, HALLAZGO CASUAL. FACTORES Y COMPROMISO HEREDITARIO

Beatriz Son Camey, Ingrid Rosado Cerro, Javier Paz Moreno-Arrones, Jesús Vicente Ortiz Castillo

Introducción: El retinocitoma es una variante espontáneamente detenida o regresiva del retinoblastoma, asociado con variantes en el gen RB1.

La incidencia varía del 1,8% al 10% entre los pacientes con retinoblastoma. Debido a su naturaleza benigna y menor incidencia de transformación maligna, nuestro conocimiento es limitado.

Caso clínico: Paciente mujer de 29 años, sin antecedentes oftalmológicos de interés, consulta por presentar miodesopsias en OD de 6 meses de evolución. AVMC: 20/20, FO OD: Lesión grisácea translúcida de bordes irregulares, con micro calcificaciones en su superficie, localizada en retina periférica inferior, con adelgazamiento coriorretiniano periférico. OCT: Masa retiniana elevada sin rasgos distintivos sobre una capa coroidea adelgazada. Angiografía fluoresceínica (AF): Se observaba un vaso tortuoso en forma de omega suprayacente con hiperfluorescencia difusa débil circundante. Los vasos coroideos más grandes subyacentes eran fácilmente visibles. No hubo fugas apreciables desde o alrededor de la masa. Se solicita estudio genético para valoración hereditaria.

Conclusión: Singh et al describieron las características oftalmoscópicas comunes del retinocitoma en 17 pacientes en una proporción variable. Las características fueron una lesión retiniana translúcida en el 88% de los casos, calcificaciones en el 63%, alteraciones del EPR periférico de la retina en el 54% y una zona de atrofia coriorretiniana en el 54% de los casos. Las primeras tres características clínicas juntas se observaron en solo el 33% (8 de 24) de sus pacientes. Sin embargo, el caso actual mostró las cuatro características, lo que confirma el diagnóstico. Las pruebas genéticas son una herramienta útil para el diagnóstico de casos atípicos, por la amplia variedad de fenotipos clínicos con los que puede presentarse.

Con el advenimiento de las últimas técnicas de imagen no invasivas, es posible evaluar los cambios microestructurales y microvasculares asociados.

CC36

MEMBRANA NEOVASCULAR EN LA INFANCIA: ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE UN CASO

Clara Montenegro del Pozo, Fabio Contieri Lambiase

Introducción: La membrana neovascular coroidea (MNV) es una entidad infrecuente de la edad pediátrica que puede conducir a una importante pérdida de visión. Su etiopatogenia aún no está clara y no existe un manejo estandarizado.

Caso clínico: Paciente varón de 12 años sin antecedentes de interés, que acude por presentar disminución de agudeza visual (AV) y metamorfopsias en ojo derecho (OD) de varios días de evolución sin referir alteraciones en ojo izquierdo (OI). A la exploración presenta AV OD: 0.5 y OI: 1, movimientos oculares conservados y reflejo pupilar normal. La biomicroscopía fue normal y la presión intraocular (PIO) resultó 17mmHg en ambos ojos (AO). El examen de fondo de ojo (FO) reflejó en OD: Lesión circunscrita a nivel macular ligeramente sobreelevada con bordes puntiformes de coloración marrónácea-anaranjada, papila normocoloreada simétrica, no congestiva, retina aplicada aspecto normal 360°; y en OI: mácula normal, se aprecia alteración del reflejo macular incipiente. Se realizó Tomografía Coherencia Óptica (OCT) y Angiografía por Tomografía de Coherencia Óptica (angio-OCT). La OCT mostró en OD: desprendimiento de EPR, líquido a nivel SR y edema macular; OI: mácula normal. La angio-OCT en OD muestra una hiperfluorescencia en fase precoz que aumenta en fase tardía compatible con MNV subyacente. Se decide tratamiento intravítreo (IVT) con terapia frente al factor de crecimiento endotelial vascular (anti-VEGF) con 1 dosis de Aflibercept. Se solicitaron las pruebas complementarias encaminadas a establecer la posible causa de la MNV y se realizó un seguimiento estrecho.

Conclusión: Ante la presentación inicial de una MNV en la infancia proponemos tratamiento IVT anti-VEGF para intentar restaurar la anatomía y funcionalidad antes de llegar al diagnóstico definitivo causante de la entidad, en este caso se administraron 2 dosis de refuerzo de Aflibercept en los meses siguientes, mostrando reducción de la membrana neovascular y recuperación de AV OD: 1.

CC37

RETINOPATÍA TIPO PURTSCHER COMO PRIMERA PRESENTACIÓN DE MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA INCOMPLETA Y EMERGENCIA HIPERTENSIVA

Pablo Torrelo Navarro, Inés Hernanz Rodríguez, Nuria Estébanez Corrales, Ester Carreño Salas

Introducción: La retinopatía hipertensiva es la manifestación oftálmica más frecuente de la hipertensión arterial (HTA) en pacientes ancianos y es raro que debute en pacientes jóvenes. Pese a presentar unos signos clásicos que clasifican su gravedad, la presencia de datos atípicos obliga a considerar una actitud diagnóstica y terapéutica alternativa.

Caso clínico: Mujer de 27 años con visión borrosa en ambos ojos y cefalea holocraneal de tres días de evolución. Presentó una mejor agudeza visual corregida (MAVC) de 0.7 en ojo derecho (OD) y 1.0 en ojo izquierdo (OI), funduscopia con tortuosidad vascular, papilas con bordes mal definidos y exudados algodonosos en polo posterior. La tomografía de coherencia óptica (OCT) macular mostró edema macular con hiperreflectancia de capas internas en OD y exudados duros en capas medias en OI. La OCT de nervio óptico identificó bordes sobreelevados sectoriales en ambas papilas. La angiografía demostró rezume venoso, de papilas y tinción de áreas de exudados algodonosos, compatible con retinopatía tipo Purtscher. Tras toma de tensión arterial (TA) de 220/144 mmHg, se cursó ingreso para estudio y tratamiento de emergencia hipertensiva. Se detectó daño en órganos diana, datos incompletos de microangiopatía trombótica y se realizó control tensional mediante terapia oral. Los signos de retinopatía hipertensiva y la MAVC del OD mejoraron con la normalización de la TA. Tras alta, se realizaron estudios complementarios que no permitieron determinar etiología de la HTA, pero se consiguió resolución de la retinopatía y control de la TA.

Conclusión: La patología retiniana en ocasiones se engloba dentro de enfermedades sistémicas, por lo que es crucial la valoración global del contexto clínico. Ante datos atípicos en entidades potencialmente graves, como la retinopatía hipertensiva grave, es importante realizar un diagnóstico diferencial con patologías urgentes para evitar un mal pronóstico visual y general.

CC38

LA SIEMBRA DIFUSA RETINIANA COMO FORMA DE RECIDIVA DEL MELANOMA UVEAL

Liria Yamamoto Rodríguez, Luis A. A. Anduaga Beramendi, Roger Mediavilla Vallespín, Daniel Lorenzo Parra

Introducción: El melanoma uveal es el tumor primario intraocular más frecuente, con un potencial metastásico importante. Hasta un 40% de los pacientes desarrollan una enfermedad diseminada por vía hematogena, específicamente en el hígado. Además, las recurrencias locales enlazan un aumento del riesgo de desarrollar metástasis. La dispersión de células tumorales hacia el vítreo y el espacio subretiniano es un hecho establecido. El estudio COMS describe una alta tasa de siembra vítrea en ojos enucleados de pacientes que han recibido braquiterapia (25.2%), pero su manifestación clínica, como en los 2 casos que presentamos a continuación, es excepcional.

Casos clínicos: El primer caso es de una mujer con un melanoma de coroides fusocelular que se trató vía resección transescleral junto con braquiterapia adyuvante. A las 5 semanas postoperatorias se observaron múltiples lesiones pigmentadas dispersas preretinianas por lo que se realizó una vitrectomía con aspiración de las mismas. En la anatomía patológica se confirmó la presencia de melanoma activo. Actualmente, se plantea ofrecer melfalan intravítreo como tratamiento.

El segundo caso es de una mujer con un melanoma amelanótico de cuerpo ciliar que se trató mediante braquiterapia exclusiva. Posteriormente, cinco años más tarde mostró implantes preretinianos pigmentados y dispersos en toda la retina. Mediante vitrectomía, se procedió a la aspiración de las lesiones. En el análisis anatomopatológico describieron el hallazgo de células de melanoma activo. Ante la presencia de abundantes focos que no se pudieron extraer, se procedió a la enucleación.

Conclusión: La siembra difusa del melanoma uveal conlleva una situación compleja e improbable en la que las células tumorales deben sobrevivir a las condiciones del vítreo, implantarse en el espacio preretiniano e invadir la retina interna. Así pues, la dispersión de células tumorales en la cavidad vítrea es una recidiva atípica en pacientes tratados con terapias conservadoras.

CC39

ANULADO

Casos Clínicos y Maniobras Quirúrgicas

CC40

ANÁLISIS ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL DE LA BINOCULARIDAD, TRAS CIRUGÍA DEL ESTRABISMO DE LARGA EVOLUCIÓN

Víctor Mallén Gracia, Elisa Vilades, Beatriz Cordon, María José Vicente Altabás

Introducción: Se presenta un estudio realizado sobre pacientes con estrabismo de larga evolución con el fin de valorar estructural y funcionalmente la binocularidad y la desviación antes y después de la cirugía de estrabismo.

Casos clínicos: Se valoraron cuatro pacientes con estrabismos de más de un año de evolución en tres visitas: una semana antes de la cirugía (preoperatorio), en la primera semana (postoperatorio inmediato) y un mes después (postoperatorio diferido).

Para la valoración funcional se realizaron test de agudeza visual con optotipo de Snellen, test de visión cercana, test TNO y Titmus para valorar la estereopsis, cuantificación de la desviación con prismas y campimetría computerizada binocular.

Para el análisis estructural, se realizaron tomografías de coherencia óptica (OCT) con los dispositivos Spectralis y Triton.

Todos los pacientes presentaron cambios significativos con respecto al preoperatorio tanto en el número de dioptrías prismáticas como en los resultados del test TNO en el postoperatorio inmediato y diferido.

Los resultados campimétricos binoculares también presentaron diferencias significativas en el postoperatorio diferido respecto a la situación preoperatoria del paciente.

En ninguno de los casos se observaron variaciones significativas en el espesor de células ganglionares de la retina, capa plexiforme interna ni de fibras nerviosas de la retina.

Conclusión: La cirugía de estrabismo, proporciona mejoras, no solo en la corrección de la alineación de ambos ojos, sino también, en la estereopsis del paciente y en su campo visual binocular. Los movimientos de tracción del globo ocular o los cambios ocasionados durante la cirugía, no parecen ser un factor de riesgo para el daño axonal o de las capas internas de la retina.

CC41

CEGUERA NOCTURNA CONGÉNITA ESTACIONARIA. VARIABILIDAD FENOTÍPICA

Raquel Maroto Cejudo, Mercedes Méndez Llatas, Paola Pozo Martos, Clara Córcoles Martínez

Introducción: Análisis de los casos de ceguera nocturna congénita estacionaria (CNCE) diagnosticados en nuestro centro.

Caso clínico: Estudio descriptivo retrospectivo en el se analizaron las características clínicas, electroretinográficas y genéticas de los pacientes diagnosticados de CNCE. Se detectaron dos casos clínicos de CNCE. El primero de ellos, niño de 8 años con buena agudeza visual en ambos ojos (20/20) y exploración oftalmológica normal, pero cuyos padres a lo largo de las sucesivas revisiones refieren mala visión del niño en condiciones escotópicas. El electroretinograma reveló alteración en células bipolares ON (disminución onda a) y el estudio genético mutación en el exón 6 del gen GRM6, que codifica la proteína receptor de glutamato metabotrópico 6, asociado con CNCE autosómica recesiva (AR). El segundo, niña de 11 años en seguimiento por nistagmus con tortícolis asociada, que llegó a precisar cirugía. Se acompañaba de baja visión (OD 20/200 y OI 20/100) que no mejoraba con refracción, siendo el resto de exploración normal. El electroretinograma mostró una alteración global severa con afectación de célula bipolar ON, y el estudio genético mutación en el exón 6 del gen GPR179, relacionado con CNCE AR. El estudio de los padres resultará positivo como portadores de la mutación en ambos casos. Por tanto, el diagnóstico fue en ambos casos CNCE con FO de normal tipo Schubert-Bornshein o Tipo II (disfunción de las células bipolares) forma completa.

Conclusión: Los casos diagnosticados de CNCE destacaron por la variabilidad entre la relación fenotipo-genotipo, haciendo necesario el estudio completo ante la sospecha clínica.

CC42

ALTERACIONES DE LA MOTILIDAD OCULAR POST-VACUNA COVID-19 A PROPÓSITO DE CUATRO CASOS

Elena Montolío Marzo, Cristina Ginés Gallego, Elena Hernández García

Introducción: Dada la emergencia sanitaria causada por la pandemia del COVID-19 se estableció la necesidad de un tratamiento rápido y estrategias preventivas para contener la transmisión tal y como son las vacunas.

Casos clínicos: Exponemos cuatro casos: una parálisis aguda del nervio abducens, una parálisis aguda del nervio troclear, una reactivación de las alteraciones oculomotoras en orbitopatía tiroidea y una insuficiencia de convergencia aguda con espasmo de acomodación en cuatro pacientes que recibieron la segunda dosis de la vacuna contra el Covid Pfizer-BioNTech mRNA 15 días antes del inicio de los síntomas. Dado el buen estado de salud en los pacientes y la negatividad de las pruebas de laboratorio y pruebas de imagen y considerando datos previos de síntomas similares causados por la afectación del virus, así como otras vacunas, se estableció una alta probabilidad de asociación de esos déficits motores con la vacuna contra el COVID-19. A pesar de esto, no se pudo descartar una etiología microvascular y una conexión causal con el COVID-19 no pudo ser confirmada.

Conclusión: Creemos importante esta potencial asociación por la importancia tanto para médicos como para pacientes y tener en cuenta esta posibilidad ante pacientes con un inicio agudo de parálisis oculomotoras tras la vacunación.

CC43

OFTALMOPLEJÍAS SUB-AGUDAS POSTERIOR A RECIBIR LA VACUNACIÓN CONTRA COVID-19

Manuel A. Rodrigues Vera, Ekaterina Teslenko, Vicente de Paul Yang Fang, Paloma Rozas Reyes

Introducción: Parte del espectro neurológico en COVID-19 puede deberse a mecanismos neuroinflamatorios y autoinmunes directos e indirectos, que podrían guardar relación con los efectos secundarios de la vacuna contra el COVID.

Casos clínicos: Caso 1 Paciente de 47 años con antecedentes personal de infección por COVID en 06/21, 3ra dosis de Pfizer 12/2021, el 8/05/2022 consulta por diplopía horizontal con mejoría el 29/01, aunque persiste diplopía en mirada derecha extrema. Exploración sin alteraciones, Estudios de imagen dentro de la normalidad. Analítica y pruebas de autoinmunidad negativas. Reevaluado 3 meses después con mejoría de la diplopía por parésia del VI par OD en resolución, con posible relación con tercera dosis de vacuna COVID Pfizer. Caso 2 Mujer de 74 años vista en urgencias el día 25/11/21, por diplopía súbita oblicua. tras tercera dosis de vacuna Pfizer (16/11/21). Evaluada el 01/02/22 en la consulta, por diplopía torsional. Estando asintomática, Indicada el alta con Paresia de IV Nervio craneal del OD, en relación con tercera dosis de Pfizer. (Caso 3) Paciente que consulto el día 04/02/22 por diplopía y ptosis izquierda aguda, ingreso el 10/02/22 clínica de parésia severa del III par craneal izquierdo, manteniendo la ptosis, y sin afectar pupila, 1era Dosis de Vacuna Pfizer el 14/01/21. Pruebas de imagen normales y pruebas analíticas incluidas microbiológicas y autoinmunidad negativas, Punción lumbar normales. Tras descartar otras causas de parálisis de III par y con mejoría tras tratamiento esteroideo se consideró la vacuna como desencadenante de Parésia incompleta del III par craneal OI.

Conclusión: que la oftalmoplejía guarde relación con las vacunas frente al Covid es difícil establecer, hasta ahora no se podría descartar otras posibles causas desencadenantes, se cuestiona el mecanismo patogénico que lo induce ya que la fisiopatología exacta sigue siendo incierta, aunque podría guardar relación con la aparición de parálisis oculares con el uso de las vacunas.

CC44

VARIABILIDAD CLÍNICA Y GENÉTICA EN DOS HERMANAS CON GLAUCOMA CONGÉNITO PRIMARIO

Alexandra Ruiz Guijosa, Laura Fernández Morales, Clara de Heredia Pastor, Almudena Miláns del Bosch

Introducción: El objetivo del caso clínico es describir el patrón de herencia en una familia con dos hermanas diagnosticadas de glaucoma congénito primario (GCP) y su variabilidad clínica.

Casos clínicos: Eran hijas de un padre con GCP bilateral y madre con microftalmia bilateral.

Se realizó estudio genético familiar y seguimiento oftalmológico con medición de la presión intraocular (PIO), datos biométricos y relación excavación/disco papilar (E/P)

En esta familia se identificó un patrón de herencia autosómico recesivo en heterocigosis compuesta. Las hermanas eran portadoras de un total de tres variantes alélicas patogénicas del gen CYP1B1.

La hermana 1, de 10 años, presentó dos mutaciones p.Ala106Asp y p.Asp440MetfsTer8, además de un historial quirúrgico de 3 goniotomías en cada ojo, 2 válvulas Ahmed en cada ojo y 2 trabeculectomías en ojo derecho, con una PIO actual de 18-20 en ambos ojos.

La hermana 2, de 12 años, portadora de dos mutaciones p.Asp440MetfsTer8 y p.Gln68Serfs153Ter, requirió una goniotomía y una trabeculectomía en cada ojo, 3 válvulas Ahmed en cada ojo, consiguiendo una PIO de 19 y 20 mmHg actualmente.

El padre es portador de dos mutaciones (p.Ala106Asp y p.Gln68Serfs153Ter) con ceguera bilateral, y la madre, con una sola mutación (p.Asp440MetfsTer8), presenta prótesis en ojo derecho y ojo izquierdo con microftalmia.

Conclusión: La conclusión de este caso clínico es poner de manifiesto el patrón de herencia autosómico recesivo, en heterocigosis compuesta, de diferentes variantes alélicas del gen CYP1B1 en dos hermanas, y su repercusión en la gravedad clínica del GCP.

CC45

HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA FULMINANTE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Elena Sánchez Saiz, Cristina del Prado Sánchez, Gemma Romeu Cerrillo, Laura Sebastián Chapman

Introducción: La hipertensión intracraneal idiopática fulminante (HIIF) es un subtipo de hipertensión intracraneal idiopática (HII) caracterizada por una pérdida de visión rápida, grave y progresiva. Suele ir acompañada de la presencia de papiledema y oftalmoplegia aguda. El estudio de líquido cefalorraquídeo y las pruebas de imagen son normales. Esta afectación puede conducir a una discapacidad visual profunda y permanente por lo que es importante el rápido reconocimiento.

Casos clínicos: Se analizaron 3 pacientes (2 varones, edad media 14,69 años, rango 12 a 16) diagnosticados de hipertensión intracraneal idiopática fulminante. El motivo de consulta en todos ellos fue cefalea intensa, pérdida de visión y diplopía horizontal o estrabismo convergente agudo secundario a paresia del VI nervio craneal. La resonancia magnética fue normal en los tres casos. La presión de apertura media fue de 46,67 cmH₂O. En todos ellos se recurrió al tratamiento neuroquirúrgico mediante implante de válvula de derivación ventrículo-peritoneal. El tiempo medio entre el diagnóstico y el implante de la válvula fue de 4,33 días. La agudeza visual media al diagnóstico fue de 0,28 en el ojo con mejor agudeza y 0,14 en el de peor. Sólo uno de los pacientes pudo realizar un CV fiable, demostrando una reducción concéntrica del mismo.

Conclusión: La HIIF debe ser sospechada en todo paciente pediátrico con papiledema y pérdida importante de agudeza visual. Resulta imprescindible un diagnóstico rápido, así como su tratamiento de cara a preservar la función visual en estos pacientes.

CC46

ESCLERITIS POSTERIOR QUE SIMULA UNA CELULITIS ORBITAL

Rokia Azahrai, Manar Achargui, Rachid Sekhsoukh

Introducción: La escleritis posterior es una de las afecciones más frecuentemente mal diagnosticadas en oftalmología. A menudo no se reconoce porque la esclerótica posterior es inaccesible al examen clínico. Se caracteriza por un polimorfismo clínico y una sintomatología que puede confundirse con varias enfermedades oculares inflamatorias y no inflamatorias.

Caso clínico: Paciente de 39 años, sin antecedentes patológicos destacables, presenta 10 días antes de su ingreso, un ojo rojo doloroso con edema palpebral en el ojo izquierdo. Se hizo un diagnóstico de celulitis orbital y el paciente fue tratado con tratamiento con amoxicilina/ácido clavulánico sin una clara mejoría y fue remitido a nuestra formación para la gestión. El examen oftalmológico del ojo izquierdo mostró:

AV:8/10, infiltración orbitaria difusa con hiperemia conjuntival con un segmento anterior y fondo de ojo sin ninguna particularidad. Completamos un escáner cerebro-orbital que reveló engrosamiento escleral posterior difuso. La ecografía B confirmó los datos de la exploración mostrando un engrosamiento escleral posterior difuso. Por lo tanto, se mantuvo el diagnóstico de escleritis posterior y se solicitó una evaluación etiológica (que resultó negativa). El paciente recibió un bolo de metilprednisolona a razón ;10mg/kg/día durante 3 días seguido de prednisona oral a una dosis de 1mg/kg/d.

La evolución estuvo marcada por la desaparición de los signos clínicos y la mejora de la AV a 10/10.

Conclusión: La escleritis posterior suele ser difícil de diagnosticar. Debe ser evocada ante cualquier sintomatología ocular inflamatoria y dolorosa que no demuestre su origen.

Puede simular numerosos diagnósticos, como el de la celulitis orbital.

CC47

DESCOMPRESIÓN ORBITARIA INFEROMEDIAL

Lucía Galletero Pandelo, Cristina Sacristán Egüén, Cristina Rodríguez Vidal, Roberto Fernández Hermida

Introducción: La orbitopatía tiroidea se trata de una enfermedad autoinmune en la que se produce un aumento de volumen de los tejidos periorbitarios, siendo así la primera causa de proptosis y/o retracción palpebral en el adulto. Cuando la enfermedad se encuentra activa el tratamiento se lleva a cabo a través de distintos inmunosupresores, sin embargo, el tratamiento rehabilitador del exoftalmos es quirúrgico. El objetivo de este trabajo es explicar la técnica de descompresión orbitaria de 2 paredes que se realiza en nuestro servicio así como exponer nuestra casuística.

Técnica quirúrgica: A través de un abordaje transconjuntival inferior se realiza una lipectomía de los paquetes adiposos inferiores. Posteriormente se lleva a cabo una disección extraperióstica de las paredes inferior y medial de la órbita, para poder acceder al hueso y proceder a realizar las osteotomías. Durante la osteotomía inferior es importante localizar el nervio infraorbitario para evitar dañarlo. A continuación, para favorecer la herniación de tejidos blandos, se realizan aperturas en ojal en el periostio. Finalmente, se cierra por planos y se resuspende el ligamento cantal externo.

Conclusión: La indicación de esta cirugía es principalmente rehabilitadora, ya que la alteración física que sufren estos pacientes es disfuncional y deformante. En los últimos 3 años se han realizado 36 cirugías con una reducción media del exoftalmos de 5mm. 5 pacientes requirieron una segunda intervención, 3 por hipocorrección y 2 por hipoglobo. Consideramos que se trata de una cirugía efectiva para la corrección del exoftalmos tiroideo, que ofrece unos resultados funcionales y estéticos satisfactorios con un porcentaje mínimo de complicaciones.

CC48

NEUROLISIS DEL NERVIÓ ÓPTICO MEDIANTE ECOGRAFÍA EN PACIENTE CON PTISIS BULBI

M.^a Eugenia González Sánchez, Miriam Camiña Núñez, Carlos Hajar Ordovás, Carmen García Borque

Introducción: La ptisis bulbi se presenta como ojo pequeño, atrófico y con pérdida funcional. Es la consecuencia de múltiples patologías y es la primera causa de evisceración. La anatomía de la órbita esta alterada.

El tratamiento consiste en la rehabilitación cosmética o el alivio del dolor. Se pueden realizar diferentes maniobras quirúrgicas, desde técnicas con anestesia general a otras de forma regional o tópica.

El uso de la ecografía intraquirúrgica puede ser útil en estos casos

Caso clínico: Mujer de 82 años con ptisis bulbi, que acude a consulta por dolor.

Se propone realizar una evisceración. Sin embargo, por anemia ferropénica e insuficiencia cardiaca se desestima. Se propone entonces neurolisis con clorpromacina.

Debida a la historia previa de cirugías, la fisionomía de la órbita presenta variaciones anatómicas, por lo que se decide realizarla mediante ecografía intraoperatoria.

Tres meses posteriores a la intervención la paciente refiere resolución del dolor ocular

A través de la sonda de alta frecuencia, utilizada para la anestesia regional, esta se sitúa en el párpado superior, visualizando en todo momento la anatomía orbitaria.

La técnica para la aplicación de clorpromazina, consistió inicialmente en la inyección retrobulbar de anestésico con jeringa de 5cc de lidocaína sin epinefrina, usando una aguja de calibre 25G de 40 mm de longitud. Luego se retiró la jeringa, mientras se sostuvo el mango de la aguja y se dejó la aguja. Posteriormente, se acopló una jeringa de 3cc a la misma aguja y se procedió a la aplicación de 2ml (25 mg) de clorhidrato de clorpromazina a nivel retrobulbar

Conclusión: El uso de los traductores ecográficos utilizados en la práctica diaria anestésica es útil para la realización del examen orbitario. La capacidad de rastrear la aguja no esta garantizada, pero si se observa a tiempo real el volumen inyectado, pudiendo evitar complicaciones graves como la perforación o el daño traumático del nervio óptico.

CC49

MUCORMICOSIS ORBITARIA INVASIVA

Santiago Mejía Freire, Víctor M. Asensio Sánchez

Introducción: La mucormicosis es una infección fúngica fulminante rara causada por un hongo del orden Mucorales. La mucormicosis invasiva está bien documentada en pacientes con diabetes no controlada e inmunosupresión. Rara vez se ha descrito una infección invasiva por Mucormicosis en pacientes inmunocompetentes.

Caso clínico: varón sano de 79 años con dolor orbitario izquierdo, fijo e intenso de semanas de evolución. En la exploración se observó restricción progresiva en la motilidad ocular y proptosis no axial con mínima resistencia a la retropulsión. La resonancia magnética mostró una masa no homogénea localizada entre la órbita y el seno esfenoidal izquierdo. El paciente fue tratado con escisión quirúrgica y con medicamentos antifúngicos. Los resultados de la biopsia y el cultivo de tejidos llevaron al diagnóstico de mucormicosis. El paciente falleció 1 mes después de los síntomas iniciales a pesar de un tratamiento agresivo.

Conclusión: Aunque la mucormicosis orbitaria es rara, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de un paciente que presenta una masa orbitaria de progresión gradual. La tendencia de la enfermedad a imitar afecciones orbitarias más comunes, como la celulitis orbitaria bacteriana, puede provocar un diagnóstico tardío, lo que puede empeorar significativamente el resultado. El reconocimiento temprano ayudará a reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas con esta enfermedad.

CC50

REPARACIÓN DE ECTROPIÓN PARALÍTICO CON INJERTO DE ESCLERA DE DONANTE

Carmen Miquel López, Francisca S. Díaz Calvo, Juan Antonio Sánchez Perea

Introducción: Presentamos el caso de un varón de 61 años que tras la intervención de un neurinoma del acústico en el 2013 presentó una parálisis facial derecha con sus complicaciones oculares derivadas. Se practicó en un primer tiempo por parte de cirugía maxilofacial un lifting mediofacial, y por oftalmología se colocó un implante de pesa de oro en el tarso del párpado superior y además la técnica de tira tarsal lateral. Quedando de forma secundaria un ectropión recalcitrante con lagofthalmos asociado y con importante riesgo ulcerativo.

Técnica quirúrgica: Se decide en un segundo tiempo realizar cirugía de rescate de ectropión severo. La técnica realizada es el injerto de esclera de donante entre tarso y músculos retractores del párpado, como tejido de soporte y espaciador; así como, fijación de tira tarsal a periostio orbitario interno con doble sutura, salvando de esta forma las fuerzas horizontales y verticales de dicha parálisis quedando un buen resultado estético y funcional.

Conclusión: A partir de la exposición de este caso queremos destacar los múltiples usos de la esclera de donante en oftalmología, a parte de los clásicos ya conocidos. Las ventajas que nos presenta la esclera de donante, por una parte es el hecho de que el paciente no precisa múltiples cirugías para la obtención de tejidos autógenos, siendo muy importante en pacientes multioperados y gente de avanzada edad, y por otra parte, su fácil manipulación, resistencia y preservación; pudiéndose conservar y obtener en bancos de ojos.

Por todo lo expuesto anteriormente, queríamos indicar la conveniencia de aprovechar todos los tejidos potencialmente válidos en las cirugías oculares, por lo que sería de particular importancia la extracción y conservación de la esclera cuando tengamos un paciente donante de órganos.

CC51

ENDOFTALMITIS SECUNDARIA A PURPUREACILLIUM LILACINUM. MANEJO CLÍNICO Y QUIRÚRGICO

M.^a Victoria Navarro Abellán, Carmen Miquel López, Manuel Almarcha Menargues

Introducción: Purpureacillium lilacinum del género Paecilomyces spp. es un hongo poco común, con una relevancia clínica cada vez mayor. Considerado como patógeno emergente presenta un tropismo especial por estructuras oculares y es resistente al tratamiento habitual. Responsable de micosis poco frecuentes pero graves que precisan rápidas medidas diagnósticas y terapéuticas si se pretende la mayor recuperación de la función visual. La técnica de evisceración en casos de endoftalmitis micótica crónica es adecuada por sus buenos resultados postquirúrgicos.

Caso clínico: Varón de 49 años con antecedente de traumatismo ocular perforante en ojo derecho con objeto metálico. Se realizó cierre quirúrgico de urgencias y de forma secundaria presentó una endoftalmitis. Se practicó vitrectomía periférica posterior terapéutica y diagnóstica; los cultivos fueron negativos. El paciente recibió tratamiento antibiótico y antifúngico sistémico y ocular con mala evolución llegando a una endoftalmitis masiva. Se decidió en un primer tiempo la técnica de evisceración modificada sin implante. El cultivo del tejido eviscerado identificó al hongo P. Lilacinum. El uso de voriconazol sistémico en dosis terapéuticas durante 10 días, junto con colirio voriconazol tópico al 1% cada 8 horas durante 2 meses resolvió la infección. En un segundo tiempo se realizó la reconstrucción con implante de bola de Medpor con buenos resultados estéticos y funcionales.

Conclusión: La micosis ocular por Purpureacillium lilacinum es un proceso poco frecuente pero grave. Estudios muestran el uso de voriconazol o posaconazol como mejor enfoque inicial. Si la infección alcanza la cámara posterior y penetra en el humor vítreo, genera una endoftalmitis masiva que culmina con la pérdida definitiva de la visión. Actualmente, la evisceración es la técnica de elección en determinadas enfermedades oculares, incluyendo, la endoftalmitis, por sus mayores resultados estéticos y funcionales.

CC52

USO NEOADYUVANTE DE IMIQUIMOD PARA EL CARCINOMA BASOCELULAR DE LA ESQUINA MEDIAL Y SU TOLERABILIDAD

Tatiana Ribeiro Mendes Costa, José B. Vicente Dias Fernandes, Yolanda Souza Mares, Carolina Nicolela Susanna

Introducción: El carcinoma basocelular (CBC) es el tumor cutáneo maligno más frecuente y 20% de estos se localizan periocular. Están surgiendo nuevas opciones de tratamiento no quirúrgico para casos con alto riesgo anestésico, falta de disponibilidad de vacante quirúrgica o lesiones múltiples. Imiquimod es un inmunomodulador tópico que actúa en la apoptosis de células tumorales, y se utiliza en CBC superficiales como tratamiento de primera línea o como neoadyuvante. Las reacciones locales esperadas y los dos principales efectos secundarios son: conjuntivitis y ceratitis, causas del abandono del tratamiento.

Caso clínico: Maculino, 68 años, con lesión nodular en esquina medial del párpado midiendo en su mayor diámetro 17 mm, con crecimiento local por meses y sangrado. Hubo características malignas que afectaron a tejidos más profundos y con ulceraciones cerca del tejido peroláceo elevado. Se realizó el tratamiento con imiquimod neoadyuvante para reducir la lesión y ganar tiempo por redujo de la disponibilidad del quirófano en pandemia. Después de una semana de aplicación nocturna (5 veces a la semana) el paciente suspendió aplicación porque pensaba que la hiperemia y las costras estaban empeorando la lesión. Al explicar los efectos normales sobre la piel y prescribir lubricantes y antiinflamatorios para minimizar los síntomas oculares, se logró un tratamiento continuo por 6 semanas y el paciente permaneció tolerable, y sin abandono. Después de 3 semanas de uso hubo una reducción del tumor para 14 mm (mayor área) y se optó por totalizar el uso de 8 semanas, con descanso de 1 semana, período donde la ulceración sanó, con curación completa después de la cirugía.

Conclusión: El tratamiento neoadyuvante con imiquimod es efectivo y tolerable porque los efectos secundarios son transitorios y existe una mejoría histológica del tejido, siendo una alternativa útil en tiempos de pandemia, ya que además reducen el tamaño de la lesión haciendo que la cirugía sea más rápida y segura.

CC53

PERFORACIÓN CORNEAL TRAS DACRIOCISTITIS AGUDA

M.^a Dolores Rodríguez Carrillo, M.^a Fideliz de la Paz Dalisay, Álvaro Ferragut, Pedro Taña Sanz

Introducción: Las perforaciones corneales son emergencias oftalmológicas quirúrgicas que pueden ser resultado de numerosas condiciones. Se asocian con morbilidad ocular y una intervención temprana suele ser necesaria para prevenir futuras complicaciones. Algunas de las causas descritas de adelgazamiento corneal y posterior perforación son queratitis microbiana, enfermedad de superficie ocular, traumatismo y enfermedades autoinmunes.

Caso clínico: Se presenta el caso clínico de una paciente de 78 años que acude a Urgencias por la aparición de una tumoración en el canto interno de su ojo izquierdo de días de evolución.

En la exploración se aprecia eritema en canto interno de ojo izquierdo a nivel del saco lagrimal, alteración de la superficie ocular del ojo izquierdo con tinción positiva a la fluoresceína puntiforme, leve adelgazamiento en tercio inferior corneal y catarata nuclear grado 3. El resto de la exploración es anodina.

Se diagnostica de dacriocistitis aguda y pautamos tratamiento empírico con Cefixima 200mg cada 12h, pomada eritromicina cada 12h, así como medidas encaminadas a la hidratación de la superficie ocular. La paciente decide no tomar el antibiótico oral por intolerancia y en el control a la semana refiere cierta mejoría sintomatológica.

La paciente deja de acudir a las revisiones periódicas programadas y aparece 5 meses después remitida desde otro centro por perforación ocular de ojo izquierdo. Se aprecia una perforación paracentral inferior con iris encarcerado sin infiltrado corneal asociado, periferia corneal vascularizada, pupila desviada hacia las 7h, tyndal + y catarata grado 4. Persistía la dacriocistitis descrita.

Conclusión: Se realiza queratoplastia penetrante tectónica de 4 mm. En las posteriores visitas durante el año siguiente apreciamos persistencia de Seidel y defecto epitelial persistente. Finalmente se convence a la paciente de realizar dacriocistectomía como tratamiento definitivo para la resolución de la infección. Con ello se resolvió el defecto epitelial.

CC54

SEGUIMIENTO ONCOLÓGICO EN OCULOPLÁSTICA. A PROPÓSITO DE VARIOS CASOS

Cristina Rodríguez Vidal, Lucía Galletero Pandelo, Cristina Sacristán Egüén, Roberto Fernández Hermida

Introducción: El posible desarrollo y evolución de los tumores palpebrales, que pueden recidivar, metastatizar o incluso relacionarse con segundas neoplasias primarias, hace que su seguimiento a lo largo de los años sea de vital importancia.

Casos clínicos: Caso 1: Mujer de 60 años con hipoestesia supraorbitaria como síntoma inicial en la que tras una orbitotomía anterior se diagnostica de carcinoma epidermoide subciliar. Se realiza entonces un despistaje sistémico inicial y la entrada en el programa de seguimiento. Caso 2: Mujer de 65 años con una lesión palpebral con características de malignidad en la que la biopsia incisional resulta en un carcinoma sebáceo por lo que se realiza una exenteración orbitaria, despistaje sistémico inicial y seguimiento reglado en consultas. Caso 3: Mujer de 71 años con cirugía previa de carcinoma de Merkel en párpado superior y márgenes afectos en la que se programa una ampliación de márgenes y reconstrucción, estadiaje inicial y consultas de seguimiento. En todos los pacientes se llevó a cabo un seguimiento protocolizado en el tiempo, con una exploración minuciosa de la zona de la antigua lesión y un despistaje sistémico con pruebas analíticas y de imagen. Resultados: Caso 1: Se apreció infiltración perineural, condicionando la exenteración orbitaria y el tratamiento posterior con inmunoterapia. Caso 2: Durante el seguimiento se diagnostica un adenocarcinoma sebáceo en el cornete inferior con vía de diseminación a través de la vía lagrimal. Caso 3: La aparición de una adenopatía laterocervical firme e indolora con captación patológica condicionó el vaciamiento radical y radioterapia concomitante.

Conclusión: A pesar de que la morbimortalidad atribuible a su causa tiende a infraestimarse, la supervivencia de estos pacientes puede verse claramente comprometida. Los protocolos de seguimiento en el tiempo con despistaje de recidivas y/o enfermedad metastásica resultan fundamentales para su prevención secundaria.

CC55

CIRUGÍA DE MOHS EN CARCINOMA BASOCELULAR PERIOCLAR

Carlota Salvador Miras, José L. Macaya Pascual, Sergi Moreno Ferrer, Marta Bové Gurí

Introducción: Dar a conocer la técnica de la cirugía de Mohs para el manejo de tumoraciones malignas perioculares.

Caso clínico: Se presenta un caso clínico de un varón de 54 años que consulta en nuestro servicio por la aparición de una lesión de aspecto nodular, sobreelevada de lento crecimiento y un año de evolución situada en zona superior del surco nasoyugal derecho. Refiere sangrados y la aparición de lesión costrosa en 2 ocasiones. El estudio dermatoscópico evidencia estructuras en rueda de carro, telangiectasias finas y cortas asociadas a otras de aspecto arboriforme. Se consiguió la completa resección de la tumoración conservando consiguiendo preservar la anatomía de la zona.

Conclusión: La cirugía de Mohs permite una valoración de márgenes minuciosa permitiendo al mismo tiempo conservar el máximo tejido sano.

CC56

LINFOMA SUBCUTÁNEO DE CÉLULAS T PANICULÍTICO ORBITARIO

Antonio Sampedro López, M.^a del Mar Díaz Varela, Isabel Santos, Beatriz Domínguez Moro

Introducción: El linfoma subcutáneo de células T paniculítico (LTP) es una rara variante agresiva de linfoma cutáneo de células T, siendo la afectación orbitaria excepcional. El LTP constituye el 0,9% de los linfomas de células T maduras en adultos, es ligeramente más frecuente en mujeres que en hombres y presenta un rango de edad muy amplio, pudiendo encontrar casos en edad infantil.

Caso clínico: Varón de 49 años que acude por presentar una exploración oftalmológica normal salvo un edema palpebral del ojo derecho y sin antecedentes de interés. La analítica era anodina por lo que se trató con corticoides en bolos y después 30 mg vía oral en pauta descendente y también antibióticos de amplio espectro. Después de una mejoría inicial volvió a empeorar por lo que se decide su ingreso. Se realiza RMN observando cambios inflamatorios en grasa orbitaria retroseptal interna con afectación muscular, también hay una lesión en mejilla izquierda donde se realiza biopsia que se nos informa como linfoma subcutáneo de células T paniculítico. En estudios de extensión se observan el mismo tipo de lesiones por todo el cuerpo sin afectar médula osea. Se realizó tratamiento con ciclos de CHOP mas Etopóxido, siendo la evolución favorable y sin complicaciones reseñables.

Conclusión: El principal problema del linfoma subcutáneo de células T lo plantea su diagnóstico, ya que tanto la sintomatología como la histología pueden simular una paniculitis benigna. Los pacientes suelen responder a quimioterapia siendo la supervivencia a los cinco años muy elevada.

CC57

CELULITIS ORBITARIA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA

Víctor Sánchez Rico, Francisco Gosálbez Coalla, Rosario Izquierdo Escámez, Raquel Gutiérrez Ezquerro

Introducción: Paciente de 83 años, afecto de leucemia mieloide aguda, ingresa por mal estado general y fiebre, con escara necrótica a nivel del saco lagrimal derecho.

Caso clínico: Se diagnostica celulitis orbitaria por afectación de tejidos retroseptales y restricciones en los movimientos oculares externos, con cultivos positivos para *Pseudomonas aeruginosa*. La infección mejora con tratamiento y evitando desbridaje de la escara necrótica debido al estado general del paciente.

Conclusión: Se discute el papel de *P. aeruginosa* en los cuadros infecciosos orbitarios, destacando el pronto diagnóstico y tratamiento, poniendo en duda el papel del desbridamiento de la escara necrótica, puesto que no solo no resulta en un obstáculo para la recuperación clínica del paciente, sino que podría acarrear más inconvenientes que ventajas, pudiendo tratar las consecuencias estéticas de la infección en tiempo diferido.

CC58

EL OJO NANOFTÁLMICO. GRAN RETO QUIRÚRGICO PARA EL CIRUJANO DE POLO ANTERIOR

María Artigues Martínez, Noceiba Ben Hassen Jemni, Rocío Regueiro Salas, Emeterio Orduña Domingo

Introducción: Los ojos nanofáltmicos se caracterizan por tener una longitud axial (LA) corta por debajo de 20 mm, hiperopia alta, cámara anterior poco profunda, relación de volumen lente-ojo alta y esclera engrosada. Es una condición poco común que forma parte del espectro clínico del microftalmos y que conlleva una serie de complicaciones quirúrgicas a tener en cuenta.

Caso clínico: Varón de 70 años que acude a consulta para valoración de cirugía de catarata. Hipermetrope alto con cámara anterior disminuida. Al realizar la biometría se pone de manifiesto una LA de alrededor de 16.70 mm en ambos ojos, una profundidad de cámara anterior menor de 3 mm y relación volumen lente-ojo aumentada. En la ultrabiomicroscopía se objetiva engrosamiento escleral, lo que confirma el diagnóstico nanofthalmos.

El primer reto que se plantea es la planificación de la cirugía. Respecto a la lente intraocular, se optó por realizar un piggyback, dada la elevada potencia de la lente requerida, la discrepancia en las fórmulas para su cálculo y posibilidad de ajuste refractivo posterior. La cirugía de la catarata se realizó teniendo en cuenta las posibles complicaciones intraoperatorias.

Tras un mes de la cirugía se requirió ajuste del piggyback en el ojo izquierdo y tratamiento del glaucoma maligno desarrollado en el ojo derecho. Actualmente el resultado refractivo es satisfactorio y continúa en tratamiento farmacológico para la hipertensión ocular.

Conclusión: La cirugía de catarata en el ojo nanofáltmico constituye un verdadero reto para el cirujano de polo anterior. La planificación de la cirugía y el cálculo de la lente son complejos debido a la variabilidad entre fórmulas. Durante el acto quirúrgico se deben evitar variaciones bruscas de la presión intraocular que puedan desencadenar una efusión uveal o, por el contrario, debido a su predisposición anatómica, un glaucoma maligno. Es importante un correcto manejo de la cirugía y de las posibles complicaciones asociadas.

CC59

ROTACIÓN DE LENTES TÓRICAS EN LÁMPARA DE HENDIDURA

Natalia Crespo Campello, Esther Corredera Salinero

Introducción: Presentamos una maniobra para el reposicionamiento de la lente tórica usando la lámpara de hendidura (LH) en consulta para pacientes que presenten un resultado inesperado en la revisión postoperatoria.

Técnica quirúrgica: La rotación de la lente tórica es aconsejable efectuarla en las dos primeras semanas tras la cirugía. Nuestros casos se realizaron en consulta, con LH previa instilación de anestesia y povidona yodada diluida tópica, con ayuda de un blefarostato y una aguja de 30G a través de una nueva entrada, evitando las incisiones primarias. Con ligera presión en la periferia de la zona óptica y con suaves movimientos de balanceo, realizamos la rotación de la lente en el saco capsular sin distorsionarlo. Con esta maniobra se consigue cambiar entre 10 y 15 grados y es posible realizarlo si la rotación se ejecuta en sentido horario en lentes con hápticos en C loop siendo indiferente si se trata de lentes de plato. En caso de ojos izquierdos, la maniobra es más accesible en caso de cirujanos diestros, pudiendo ocasionarse fuga de humor acuoso por la vía de entrada en caso de ojos derechos los primeros días.

Conclusión: A través de una técnica sencilla y ambulatoria en consulta, podemos mejorar el resultado refractivo de pequeñas rotaciones de lentes tóricas evitando el paso por quirófano, lo cual disminuye costes y es percibido por el paciente con menos trauma.

CC60

IMPLANTACIÓN CORNEAL INTRAESTROMAL ACCIDENTAL DELENTE INTRAOCULAR Y SEGUIMIENTO MEDIANTE OCT-SA

Álvaro Martín Ares, Nicolás Echeverría Jimeno, Fernando J. Huelin Alcubierre, Cristina López Caballero

Introducción: La implantación corneal intraestromal de lente intraocular es una entidad clínica rara que puede ocurrir durante la cirugía de catarata. Se reporta caso de un paciente de 85 años con seguimiento postoperatorio mediante OCT-SA CASIA

Caso clínico: Paciente de 85 años intervenido de cirugía de catarata mediante facoemulsificación e implante de lente en ojo izquierdo (2º ojo) en el que durante el implante de la lente se objetiva de forma accidental el implante intraestromal de la misma. Se decide extracción de la lente e implante de nueva lente en saco, burbuja de aire en cámara anterior y cierre mediante suturas corneales con Nylon 10-0.

En el primer día postoperatorio se objetiva disección de estroma predescemético periincisional que afecta a cuadrante nasal superior, llegando hasta eje pupilar. En el día 20 de postoperatorio se realiza de nuevo inyección de aire en cámara anterior y drenaje del contenido de la interfase mediante cánula Sincoe. Se muestra la evolución tanto clínica como anatómica postoperatoria mediante imágenes de OCT-SA CASIA desde el primer día postoperatorio hasta el momento del alta, con resolución completa.

Conclusión: La implantación corneal intraestromal de la lente intraocular es una complicación inesperada durante la cirugía de catarata. Es de especial interés el conocimiento de su manejo y su inclusión en el diagnóstico diferencial intra y postoperatorio, especialmente en casos de excesiva manipulación de las incisiones.

CC61

LENTÍCULO COMPLETO CON LÁSER FEMTOSEGUNDO, UNA COMPLICACIÓN INTRAOPERATORIA RARA E INFRECUENTE

Clara Bonel Plá, M.^a Dolores Rodríguez Carrillo, Andrés Picó García

Introducción: La introducción del láser femtosegundo a la cirugía corneal refractiva ha cambiado completamente la incidencia de las complicaciones. Si miramos la prevalencia de la creación de un lentículo completo, con un microqueratomo, puede llegar a 1,8% en algunos artículos, en cambio no he encontrado publicaciones que reflejen la prevalencia de esta complicación con láser femtosegundo.

Caso clínico: Mujer de 22 años que consulta para cirugía refractiva. Ambos ojos presentan topografías corneales y parámetros de biomecánica corneal sin anomalías. El ojo izquierdo presentaba K medias de 43,3 D y posición corneal más fina de 553 micras. Se procede a la realización de LASIK.

Realizamos un lentículo con láser femtosegundo de grosor de 100 micras sin dificultad. Pero al levantarlo, se observa debilidad, entonces lo recogemos en dirección donde nosotros pensamos que existe la bisagra superior y continuamos el tratamiento con láser excímero, pero al reposicionarlo nos damos cuenta que el lentículo está íntegro y completamente suelto.

Como ya lo habíamos marcado antes de levantarlo, no tuvimos dificultad en volverlo a reposicionar adecuadamente, alargamos el periodo de secado a 10 minutos y colocamos una lente de contacto terapéutica que retiramos a los dos días.

Conclusión: La paciente acude al control con una visión de la unidad sin corrección, y el lentículo en correcta posición. Barajamos diferentes hipótesis de cómo ha podido ocurrir un lentículo completo con láser femtosegundo y finalmente revisando las fotografías con lámpara de hendidura, podemos ver el epitelio claramente engrosado (141 micras). El láser ha realizado el corte a nivel epitelial y la bisagra ha desaparecido al levantarlo. Me gustaría remarcar la importancia de obtener un mapa de grosor epitelial antes de la realización de cirugía láser corneal. Y plantear a título personal si vale la pena marcar el lentículo antes de levantarlo sabiendo que existen soluciones para calcular el reposicionamiento en caso de no tener marcas.

CC62

DISLOCACIÓN TRAUMÁTICA DE FLAP DE LASIK. CIRUGÍA DE RECOLOCACIÓN DE FLAP

Gonzalo Guerrero Pérez, Pablo González de los Mártires, Andrés Garralda Luquín, Luis Ansa Echegaray

Introducción: Se presenta el caso de un paciente de 70 años que acude a Urgencias por dolor ocular izquierdo con disminución de agudeza visual tras traumatismo con una rama hace 15 días. Como antecedentes de interés, operado de LASIK hipermetrópico hace 12 años. La agudeza visual corregida (AVcc) es en ojo derecho (OD) de 9/10 y en ojo izquierdo (OI) de 1/10. El polo anterior del OD es normal y en el OI se aprecia flap de LASIK plegado sobre sí mismo dejando un triángulo de base superior en nasal fluo+, islas epiteliales en zona de plegamiento y en inferior, bisagra inferior, facoesclerosis. Funduscopia normal ambos ojos. Se coloca lente de contacto terapéutica (LCT) y se inicia tratamiento antibiótico y corticoideo intensivo. Se explica cirugía por dislocación de flap. Al día siguiente de la cirugía presenta leve edema corneal. A la semana, AVcc OI de 4/10 con flap bien aposicionado y sin edema corneal. A los 2 meses, AVcc OI 8/10 con leve opacidad estromal central sin estrías ni islas epiteliales.

Técnica quirúrgica: Se realiza recolocación de flap de LASIK bajo anestesia tópica con Lidocaína. Se retira LCT. Se lava con suero, se levanta el flap con espátula y se despliega zona nasal superior. Desepitelización intensiva con hemosteta seca, hemosteta con alcohol 20% y espátula de la parte estromal del flap y del lecho estromal. Recolocación del flap en posición y se comprueba la existencia de posibles estrías. Colocación de LCT.

Conclusión: La cirugía de LASIK es una de las técnicas más utilizadas en la cirugía refractiva para corrección de ametropías. La dislocación traumática del flap es una complicación rara con buenos resultados visuales tras cirugía de recolocación. Siendo muy importante una cirugía precoz, desepitelización intensiva para evitar crecimientos de islas epiteliales en la interfase y uso de corticoides para reducir la posible queratitis laminar difusa.

CC63

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA AMPOLLA HIPERFILTRANTE DISESTÉSICA EN EL POSTOPERATORIO TARDÍO MEDIANTE RECONSTRUCCIÓN CON PARCHE DE PERICARDIO BOVINO

Nolvis Álvarez Quiroz, Javier Guzmán Blázquez, M.^a Carmen Fernández González, Mónica N. Tarazona Daza

Introducción: La cirugía filtrante de glaucoma implica la toma de decisiones sobre complicaciones asociadas al uso de antimetabólicos, como la ampolla hiperfiltrante isquémica, que incrementa el riesgo de blebitis y endoftalmitis. Presentamos un caso donde se realiza una técnica de reparación quirúrgica de la ampolla utilizando parche de pericardio bovino (Tutopatch®).

Caso clínico: Mujer de 62 años con diagnóstico de hipertensión ocular, intolerancia a múltiples fármacos y pobre respuesta a hipotensores, con presión intraocular (PIO) basal de 40 mm Hg, a quien se le realiza trabeculectomía con aplicación de mitomicina C en OD. Previamente, fue intervenida de facotrabeculectomía en OI, sin incidencias. Dos meses después de la cirugía, se evidencia una ampolla difusa, avascular, sobreelevada con PIO de 12 mm Hg. En el siguiente año, en las revisiones se objetiva descenso de la PIO hasta 7-8 mm Hg y avance conjuntival sobre el limbo de 3 mm, sin seidel. Dados los hallazgos y múltiples molestias y visión de halos, se plantea reconstrucción de la ampolla. En la cirugía se realiza disección de la ampolla hasta dejar los bordes vascularizados en la conjuntiva. Posteriormente se disecciona un tejido fibroso denso sobre el tapete escleral y se objetiva una microperforación del tapete escleral en el borde limbar nasal. Se sutura con nylon 10/0 sobre la perforación un parche de tutopatch® de 4 mm de diámetro. En el postoperatorio, la ampolla presenta buen aspecto con vascularización normal con PIO OD de 10mmhg y sin alteraciones retinianas.

Conclusión: La ampolla hiperfiltrante isquémica tras la cirugía de glaucoma puede requerir reintervención, cuando el paciente presenta síntomas visuales significativos y hay riesgo elevado de infección. En nuestra experiencia, la reconstrucción con injerto de pericardio bovino es una alternativa segura por su biocompatibilidad con los tejidos oculares, capacidad de cubrir defectos esclerales y viabilidad en el tiempo.

CC64

GLAUCOMA PIGMENTARIO TRAS IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR FÁQUICA DE CÁMARA POSTERIOR: SERIE DE CASOS

M.^a Jesús Chaves Samaniego, Aleyda Molina Lespron

Introducción: Las lentes implantables de colámero (ICL) se emplean frecuentemente para la corrección de ametropías altas. A pesar de tratarse de un procedimiento estandarizado con alto perfil de seguridad, su implantación puede estar asociada con diversas complicaciones, como el aumento de la presión intraocular (PIO) y el síndrome de dispersión pigmentaria.

Caso clínico: Se presentan dos casos en varones de 56 y 34 años con antecedente de implante de ICL en ambos ojos (AO) hace 17 y 14 años, respectivamente. Tras 17 y 12 años, ambos experimentaron aumento de la presión intraocular, junto con signos de dispersión pigmentaria.

El primer caso, con agudeza visual (AV) 0,4 y 1, desarrolló catarata en ambos ojos, en contexto de aumento de PIO (24 y 19 mmHg), ángulo grado 3 de Shaffer con intensa pigmentación y excavación papilar (C/D) 0.9 y 0.8. Por tratarse de un glaucoma avanzado en progresión activa, se realizó bilensectomía y trabeculostomía con láser excímer (ELT), con adecuada evolución y control de la PIO en AO.

El segundo caso que se presenta, debutó con PIO 18 y 28 mmHg y C/D 0.6 y 0.5, con AV 1 en ambos ojos. No presentó afectación del campo visual, pero sí pérdida progresiva de grosor de las capas de fibras nerviosas y de células ganglionares de la retina. La gonioscopia presentaba un ángulo grado 2-3 de Shaffer en ojo derecho y 3 ojo izquierdo, con pigmentación moderada. Actualmente se encuentra estable, en tratamiento hipotensor tópico, sin presencia de catarata, en vigilancia cada 4 meses.

Conclusión: La dispersión pigmentaria es una de las potenciales consecuencias tardías de mayor relevancia clínica tras implantación de ICL, debida a los cambios dinámicos de la cámara posterior a lo largo del tiempo. La monitorización estrecha durante el postoperatorio y los controles periódicos, con tomografía de segmento anterior, gonioscopia y pruebas estructurales y funcionales del nervio óptico, son cruciales en su detección y tratamiento precoz.

CC65

HIPOTONÍA TARDÍA SECUNDARIA A HIPERSENSIBILIDAD DEL CUERPO CILIAR POR FÁRMACOS

Josep Rosinés Fonoll, Marta Pazos López, Saray Catalán Coronado, Néstor Ventura Abreu

Introducción: La hipotonía secundaria a fármacos supresores del acuoso se da en pacientes que previamente a la cirugía de glaucoma han usado b-bloqueantes y/o inhibidores de la anhidrasa carbónica durante largos períodos de tiempo. Se produce debido a una hipersensibilización de los receptores del cuerpo ciliar, que al reintroducir el tratamiento tópico con supresores del acuoso conduce a un estado de hipotonía.

Caso clínico: Varón de 85 años con glaucoma pseudoexfoliativo refractario que acude a urgencias de oftalmología por disminución de la agudeza visual ($AV = 0.3$) y visión de una sombra negra en el ojo derecho (OD) de varios días de evolución 3 meses después de su última cirugía. Su glaucoma ha tenido la siguiente evolución: 1) Tratamiento con combinación fija de timolol y dorzolamida y Latanoprost durante más de 9 años; 2) Realización de faco-trabeculectomía con posterior reintroducción de los mismos fármacos durante 3 años; 3) Segunda cirugía en OD con implante valvulado de drenaje con fase hipertensiva en el postoperatorio temprano que obligó nuevamente al reinicio de la medicación antiglaucomatosa antes mencionada, con PIO media de 13mmHg y buen control en la última visita.

En la exploración en urgencias se observó una PIO de 9mmHg con una cámara anterior bien formada. En el fondo de ojo se evidenció un desprendimiento coroideo gigante con afectación macular y otro nasal no contiguo. La resolución total ocurrió en 4 semanas tras el cese precoz del tratamiento hipotensor y la implementación de corticoides orales y midriáticos tópicos.

Conclusión: La hipotonía secundaria a hipersensibilidad del cuerpo ciliar puede ocurrir meses después de una cirugía de glaucoma y debe sospecharse en pacientes que han llevado supresores del acuoso durante largos periodos de tiempo en los que aparece una hipotonía tardía independientemente de los niveles de PIO. Estos casos pueden resolverse con tratamiento médico adecuado y supresión del fármaco causante.

CC66

OMNI®, ¿FUTURO DE LAS MIGS?

Jacobo Yáñez Merino, Andrés Biescas Merino, Blanca Ferrandez Arenas, José M. Larrosa Poves

Introducción: Los mecanismos de elevación de la presión intraocular (PIO) en ojos con glaucoma de ángulo abierto son complejos y probablemente incluyen problemas relacionados con alteraciones en la red trabecular, canal de Schlemm y canales colectores distales. Las cirugías tradicionales, como la trabeculectomía y la implantación de un microtubo de derivación, evitan estas estructuras y desvían el humor acuoso al espacio subconjuntival. Recientemente, una creciente familia de cirugías de glaucoma mínimamente invasivas (MIGS) ha evolucionado para lograr la reducción de la PIO sin formación de ampollas al restaurar el flujo a través de la vía fisiológica convencional de salida. Uno de los dispositivos de esta familia es el sistema quirúrgico OMNI®, que fue diseñado para abordar las tres fuentes de resistencia al flujo de salida: red trabecular, canal de Schlemm y colectores distales. Gracias a este dispositivo es posible realizar con una sola cirugía dos procedimientos y vencer tres puntos de resistencia al flujo.

La relativa novedad de este dispositivo hace que se considere importante el seguimiento y análisis de resultados a largo plazo en la práctica clínica habitual.

Casos clínicos: Presentamos 6 casos clínicos de glaucoma crónico de ángulo abierto que fueron sometidos a cirugía con el dispositivo OMNI®, asociando en 5 de ellos facoemulsificación de catarata.

Mostramos la técnica quirúrgica y los resultados a corto y medio plazo en la evolución de estos pacientes.

Conclusión: En nuestra experiencia, el sistema quirúrgico OMNI® ha aportado disminución clínicamente relevante de la PIO y del número de principios activos necesarios, con un buen perfil de seguridad, aunque se requiere mayor volumen de pacientes y de tiempo de seguimiento para establecer conclusiones más precisas.

CC67

LO QUE COMENZÓ SIMULANDO UNA RETINITIS MULTIFOCAL AGUDA TERMINÓ CON EL DIAGNÓSTICO DE UVEÍTIS POR ENFERMEDAD DE BEÇHET

Andrea Aramburu González, Pedro Fernández Avellaneda, M.^a Paz Medívil Soto, Juan R. del Olmo Díaz

Introducción: La enfermedad de Beçhet (EB) es un trastorno inflamatorio crónico, recidivante y multisistémico, con un porcentaje elevado de afectación ocular. El objetivo es describir un caso curioso de uveítis por EB de difícil diagnóstico, que comenzó simulando una retinitis multifocal aguda (AMR).

Caso clínico: Mujer de 26 años con pérdida brusca e indolora de agudeza visual (AV) del ojo izquierdo (OI), presentó exantema papular en cara, cuello y tronco, días previos a la aparición de la clínica visual. Cuadro gripal 21 días antes. A la exploración, AV del OI de 0,4 y tyndall. El fondo de OI mostraba neurorretinitis, múltiples focos de retinitis, flebitis y vasculitis arteriolar. Asintomática del ojo derecho (OD), pero presentaba foco de retinitis asociado a área de oclusión arteriolar. La tomografía de coherencia óptica y la angiografía con fluoresceína mostraron signos característicos de inflamación activa y diferentes secuelas. Se planteó un amplio diagnóstico diferencial y se realizó analítica completa con serologías, HLA-B51, radiografía de tórax, ecocardiograma, tomografía computarizada y resonancia magnética, siendo todas las pruebas normales. Se inició tratamiento corticoideo oral y tópico, asociado a cicloplejia y se diagnosticó de AMR como diagnóstico de exclusión. Sin embargo, un mes después, presenta nuevo brote de panuveítis en OD asociado a úlceras orales, eritema nodoso en extremidades y pseudofoliculitis en cara y cuello. Se reconsideró el diagnóstico y finalmente se diagnosticó de EB, por lo que se inició de manera precoz tratamiento con adalimumab, consiguiendo el cese de nuevos brotes. Actualmente la paciente tiene como secuela un escotoma central en el OD.

Conclusión: El diagnóstico diferencial de la uveítis de Beçhet es amplio, el diagnóstico se basa en criterios clínicos y no existen hallazgos de laboratorio patognomónicos. El inicio temprano de la terapia inmunomoduladora o biológicos es esencial para mejorar el pronóstico visual.

CC68

SÍNDROME ELLINGSON, A PROPÓSITO DE UN CASO

Consuelo Arnaldos López, Cintia Rethati, Alba Gómez Navarro, Julia Pintos Widmer

Introducción: El síndrome Ellingson también conocido como Uveitis-Glaucoma-Hipema (UGH) es una entidad poco frecuente causado por trauma mecánico de una lente intraocular (LIO) mal posicionada sobre estructuras adyacentes (iris, cuerpo ciliar, ángulo iridocorneal), dando lugar a defectos de transiluminación iridianos, microhipemas y dispersión pigmentaria, asociado a presión intraocular (PIO) elevada.

Caso clínico: Se presenta el caso de un hombre caucásico de 77 años, con antecedentes de cirugía de catarata en ambos ojos, que acude a por visión borrosa en el ojo derecho (OD). La agudeza visual del OD es de 0.1 y 0.8 del ojo adelfo.

A la exploración en OD se evidencia reacción inflamatoria en cámara anterior, atrofia de iris, PIO de 24 mmHg, leve hemovítreo y edema macular quístico (EMQÖ).

Se pautan colirios de prednisolona, atropina y brinzolamida, nepafenaco y se administra inyección subtenoniana de acetato de triamcinolona en dos ocasiones.

A los dos meses el paciente presenta mejoría clara con PIO dentro de la normalidad y resolución del EMQ pero persistiendo inflamación en cámara anterior y baja AV en OD (0.2). Se decide intervención quirúrgica para recolocación de LIO para mejorar uveitis anterior y prevenir recidivas del EMQ.

Conclusión: El síndrome UGH es una enfermedad poco frecuente pero dado el alto número de cirugías de catarata en nuestro medio es importante conocerlo para poder detectarlo lo antes posible y así evitar secuelas potencialmente graves.

CC69

TOCILIZUMAB Y DEXAMETASONA INTRAVÍTREA PARA EL MANEJO DEL EDEMA MACULAR TRAS UNA NECROSIS RETINIANA AGUDA

Blanca Bajén Espuña, Sergio Copete Piqueras, José G. García García, Enrique Júdez Navarro

Introducción: Algunas infecciones intraoculares virales pueden ocasionar una necrosis retiniana aguda (NRA), la cual se asocia a una inflamación significativa. Como consecuencia, se altera la microcirculación retiniana, y puede provocar un edema macular quístico (EMQ) meses después. Por ahora, no hay un enfoque terapéutico establecido para el EMQ en dichos pacientes.

Caso clínico: Presentamos un caso de una mujer inmunocompetente de 39 años con diagnóstico de NRA en ojo derecho (OD) y PCR positiva para el virus de Varicela-Zóster (VVZ). Para el tratamiento de la NRA se administra Valaciclovir, Prednisona y Valganciclovir vía oral con inyecciones intravítreas de Ganciclovir y fotocoagulación retiniana. A los cuatro meses de la resolución del cuadro se observa un EMQ asociado a pérdida de la mejor agudeza visual corregida (MAVC) a 0,3, por lo que se inicia una pauta de Adalimumab y terapia de antiangiogénicos intravítreos, sin buena respuesta. Debido a la persistencia del edema se indica un tratamiento combinado de Tocilizumab e implante de Dexametasona intravítreo, consiguiendo así la resolución del EMQ y una mejoría funcional ya que la AVC aumentó a 0,9. Tras doce meses de seguimiento, no ha presentado signos de reactivación de virus ni se ha observado EMQ.

Conclusión: El implante intravítreo de dexametasona, junto al tocilizumab, puede ser una opción a largo plazo en los casos de EMQ desarrollados tras NRA, especialmente en casos resistentes a otras terapias. Además, es importante valorar el riesgo de reactivación del virus y se debe informar al paciente de los riesgos que conlleva el tratamiento.

CC70

UVEÍTIS INTERMEDIA ASOCIADA A EDEMA MACULAR QUÍSTICO: NUEVAS ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

Elvira Díaz Fernández, Marina Bonet Seguí, Sandra Villegas Castillo, Alfredo J. Fernández Ruiz

Introducción: Las uveítis intermedias con frecuencia se asocian a edema macular quístico (EMQ). Cuando no responden al tratamiento convencional con corticoesteroides, el siguiente escalón terapéutico son los fármacos biológicos. Si aun así el EMQ es refractario al tratamiento, se puede plantear la dexametasona por vía intravítrea. Lo novedoso de este caso es, tras la falta de respuesta a biológicos, la opción de cuantificar los niveles del fármaco en sangre, así como la existencia de anticuerpos contra dicho fármaco, que es lo que se realizó con nuestro paciente.

Caso clínico: Varón de 22 años que acude a urgencias por visión borrosa y miodesopsias en ambos ojos. Se le diagnostica de uveítis intermedia asociada a EMQ. Tras llevar a cabo batería de pruebas analíticas (todas negativas) y realizar tratamiento con corticoesteroides sistémicos, el EMQ persiste. Por ello, se decide iniciar tratamiento con Adalimumab. Dada la falta de respuesta con persistencia del edema macular, se decide realizar una cuantificación del fármaco en sangre y determinación de anticuerpos contra el mismo. Una vez descartada la presencia de anticuerpos y determinándose una cuantificación adecuada del fármaco, se decide realizar un implante intravítreo de dexametasona (ozurdex) en ambos ojos, tras la cual se obtiene una resolución completa del EMQ bilateral.

Conclusión: Gracias a los avances en las determinaciones de laboratorio, cada vez nos resulta más sencillo comprender el por qué de la falta de respuesta a algunos tratamientos. Esto nos ayuda a orientar el caso con mayor certeza y seguridad y por tanto, a optar por la mejor opción terapéutica a seguir para cada paciente.

CC71

TRATAMIENTO CON FLUOCINOLONA INTRAVÍTREA EN UVEÍTIS POSTERIORES. A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS

M.^a del Carmen García Pérez, Pablo Álvarez Ramos, Rafael Ponce Pérez-Bustamante

Introducción: Las uveítis posteriores (UP) son aquellas que afectan a coroides y/o retina. Son agresivas y de difícil manejo. Suelen requerir tratamiento sistémico inmunosupresor y en ocasiones corticoides intravítreos, entre ellos triamcinolona, dexametasona (Ozurdex) y recientemente acetónido de fluocinolona (Iluvien).

Presentamos dos casos clínicos sobre UP tratadas con Iluvien.

Casos clínicos:

- Mujer de 63 años con coriorretinitis de Birdshot. Tratada con terapia inmunosupresora (corticoides y micofenolato) con buena respuesta en OI, persistiendo EMQ en OD. Se trata OD con ozurdex con buena respuesta, siendo preciso tratamiento cada 4-6 meses. Se interviene de catarata y se trata HTO con azopt/12h. En octubre de 2020 se implanta Iluvien. La AV previo a implante es de 0.1, al mes de 0.2, a los 3 meses de 0.4, al año de 0.5 y actualmente 0.3. En OCT se visualiza reducción del EM desde el principio y persistiendo hasta el momento actual.
- Mujer de 59 años diagnosticada de vasculitis retiniana primaria, con estudio sistémico negativo. Tratada con inmunosupresión sistémica (corticoides y MTX) con persistencia de EMQ en OD. Tratada con 6 ozurdex con buena respuesta e intervenida de facoVPP 23G por MER. Se trata con Iluvien dada la recurrencia. La AV previa a inyección era de 0.5, a la semana 0.8 y a los 3 meses 0.9. Ha presentado HTO controlada con tratamiento médico. En OCT se aprecia reducción de EM desde el inicio, persistiendo en la actualidad sin necesidad de tratamiento sistémico.

Conclusión: El implante Iluvien intravítreo en el caso de nuestros pacientes resulta eficaz. En ambos casos han presentado HTO postinyección tratadas y bien controladas con tratamiento médico.

Iluvien ha conseguido remisión de la inflamación en ambas pacientes, disminuyendo la necesidad de medicación sistémica inmunosupresora / inmunomoduladora.

Iluvien nos permite añadir una herramienta más para el complicado manejo de pacientes con UP.

CC72

¿RESURGE LA GRAN IMITADORA? REVISIÓN DE 3 CASOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREVIEJA

Rosario Izquierdo Ezcámez, Raquel Gutiérrez Ezquerro, Francisco Gosálbez Coalla, Víctor Sánchez Rico

Introducción: Cada año se suman 12 millones de nuevos casos de sífilis en todo el mundo. Se trata de una enfermedad que sucede en etapas progresivas con superposición cronológica. La sífilis ocular puede suceder en cualquier fase y de cualquier forma, siendo la presentación más frecuente la uveítis posterior y panuveítis. Está descrita como forma poco frecuente, pero muy típica, la epiteliopatía placoide posterior sifilítica, cuya patogenia es similar a la de otras coriorretinitis primarias: un proceso inmunológico que sucede a nivel coroideo. Recientemente, se ha visto que en la tomografía computerizada óptica (OCT) se puede identificar hasta en el 45% de las uveítis sifilíticas.

Casos clínicos: Los tres son varones entre 50 y 65 años. Los dos primeros acuden por una aparición brusca y reciente de un escotoma central unilateral, ambos sin signos de inflamación ocular. El tercero de ellos acudió por dolor y visión borrosa de ojo izquierdo de una semana de evolución y fue diagnosticado de uveítis anterior e intermedia acompañada de una neuropatía óptica ipsilateral, con una visión del 30%. Los tres pacientes negaron tener relaciones sexuales de riesgo inicialmente. Los pacientes fueron ingresados y recibieron penicilina G acuosa 14 días. A las 2 semanas, las capas externas de la retina se recuperaron por completo y la visión era de 20/20.

Conclusión: La sospecha de sífilis ocular es fundamental, pues el retraso diagnóstico y terapéutico da lugar a un importante deterioro visual. La anamnesis es clave, pues la epidemiología está cambiando. Aunque sigue abierto el debate sobre neurosífilis, la efectividad del tratamiento con penicilina es poco cuestionable, por ello, ante la sospecha de coriorretinitis placoide debemos considerar la causa sifilítica. En la actualidad, gracias a la OCT y su imagen tan típica, oftalmología puede ser la primera especialidad capaz de sospecharla. Por tanto, nos preguntamos ¿es realmente tan infrecuente como hemos pensado hasta ahora?

CC73

RETINITIS POR CITOMEGALOVIRUS: DOS NUEVOS CASOS DEL HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA

Alexis Maisonneuve Jarrige

Introducción: La retinitis por citomegalovirus (CMV) constituye actualmente la infección ocular oportunista más frecuente y más grave en los pacientes con VIH. Pese a que la introducción de la terapia antirretroviral la ha convertido en una patología muy rara, siguen apareciendo nuevos casos en pacientes con mal control o no diagnosticados. Dado su pronóstico, su correcto manejo es fundamental.

Casos clínicos:

1.^{er} Caso: Paciente varón de 34 que ingresa por mal control de VIH y linfocitos T CD4+ por debajo de 50. Refiere pérdida de visión completa del ojo derecho (OD) de un mes de evolución. En el fondo de ojo del OD se objetivó un desprendimiento de retina bulloso que se extendía de II a XI horas con afectación macular, con un foco retinitis en la retina no desprendida. En el ojo izquierdo (OI) se objetivaron focos de retinitis granular periférica con vasculitis. No se objetivó vitritis en ninguno de los dos ojos. Se realizó PCR de humor acuoso con resultado positivo para CMV.

Con este diagnóstico, se decidió iniciar terapia sistémica con ganciclovir e inyección intravitrea de foscarnet. Además, se decidió realizar tratamiento quirúrgico con vitrectomía pars plana en menos de 24h.

En el seguimiento posterior la evolución fue positiva con leve recuperación visual del OD y mantenimiento del OI.

2.^o Caso: Paciente varón de 45 años con foco de retinitis por CMV en OI diagnosticado y tratado con valganciclovir en 2019 que perdió el seguimiento. Se realizó nueva exploración en 2022 en la cual se apreció una zona de atrofia correspondiente al foco ya inactivo, por lo cual se desestimó realizar tratamiento. Además, se objetivó una imagen de membrana epirretiniana en mácula.

Conclusión: Como demuestran los casos expuestos, reconocer correctamente la retinitis por CMV en sus distintas formas sigue siendo determinante pese a su limitada incidencia. Un adecuado diagnóstico y manejo puede no solo mantener sino también mejorar el pronóstico visual.

CC74

APARICIÓN DE MEMBRANA NEOVASCULAR INFLAMATORIA EN PACIENTE CON UVEÍTIS INACTIVA

Marco A. Pascual Santiago, David Díaz Valle, Jacobo Enríquez Fuentes, Clara de Heredia Pastor

Introducción: Presentar el caso clínico de una paciente de 23 años que presenta una membrana neovascular coroidea (MNC) naive, sin ningún síntoma más allá de visión borrosa y de antecedente una uveítis idiopática bilateral bien controlada hace dos años. La MNC inflamatoria es una complicación poco común de la uveítis que resulta de la afectación directa del complejo epitelio pigmentario de la retina (RPE)-membrana de Bruch por inflamación o infección del vítreo o la retina.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 23 años que acudió a nuestras consultas por visión borrosa (Cuenta dedos) en ojo izquierdo de 1 mes de evolución sin otros síntomas. Entre sus antecedentes se encontraba una diabetes tipo 1 en tratamiento, emétrope y un episodio 2 años antes donde fue tratada de un brote de uveitis anterior bilateral idiopática con buen control del mismo. El polo anterior no mostraba Tyndall, sí precipitados y sinequias ya conocidos del brote previo, con el fondo de ojo normal, sin vitritis ni focos retinianos, con la excepción de una MNC paramacular superior confirmada por OCT-Angio. Fue tratada con 3 inyecciones de antiangiogénicos con buena respuesta, sin necesidad de inmunosupresores, manteniéndose sin síntomas y con mejoría de la agudeza visual a 40/60.

Conclusión: Nos encontramos ante el primer caso descrito de una MNC sin inflamación activa en el momento del diagnóstico. Esto representa un nuevo desafío tanto para el diagnóstico y el seguimiento de la uveítis, incluso con un buen control de la enfermedad de base.

CC75

EDEMA MACULAR UVEÍTICO COMO COMPLICACIÓN EN ARTRITIS PSORIÁSICA

Raisa V. Pineda Oliveros, Mireia Molina Pérez, Beatriz Framiñán Aparicio, Adoración Alonso Santamaría

Introducción: La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel mediada por el sistema inmune de etiología desconocida, que también se relaciona con afecciones sistémicas como la artritis y las inflamaciones intraoculares.

La patología ocular más frecuentemente relacionada con la psoriasis es el ojo seco. La uveítis asociada a psoriasis puede ser bilateral, crónica, de progresión severa y con altas tasas de recurrencia.

Caso clínico: Mujer de 53 años en seguimiento en la consulta de Uveítis por vitritis bilateral y edema macular (EM) en ojo derecho, sin filiar. Las serologías fueron negativas y el perfil autoinmune detectó anticoagulante lúpico positivo. El cuadro remitió con corticoides tópicos y sistémicos. Un año y medio después, debuta con clínica de psoriasis cutánea y dolor articular asociado a dactilitis, siendo diagnosticada de artritis psoriásica, en tratamiento con etoricoxib. Tras dos años de inactividad ocular, la paciente cursa con dos recidivas de vitritis y EM bilateral que ceden con esteroides orales. Se contacta con Reumatología para introducir terapia inmunomoduladora con el fin de evitar recurrencias.

Conclusión: Las complicaciones más frecuentes encontradas en pacientes con artritis psoriásica son cataratas (29,7%), hipertensión ocular (17%), EM (7%) y reclusión pupilar (4,4%).

Los pilares del tratamiento para el EM uveítico incluyen esteroides locales, sistémicos y antiinflamatorios no esteroideos, estos últimos con menor eficacia. En el EM unilateral, generalmente se opta por el tratamiento local, mientras que el uso de inmunomoduladores sistémicos es preferible en los casos bilaterales.

En la mayoría de pacientes con EM uveítico, el tiempo y el tratamiento efectivo son suficientes para resolver la patología. Sin embargo, son frecuentes los episodios de recaídas. Por ello, es importante el seguimiento seriado con OCTm, ya que los resultados funcionales visuales son mejores en los pacientes con buen control de la inflamación intraocular.

CC76

ESCLEROSIS MÚLTIPLE, MÁS ALLÁ DE LA NEURITIS ÓPTICA

Rafael Ponce Pérez-Bustamante, Pablo Álvarez Ramos, M.^a del Carmen García Pérez, Jorge Molina Rojas, M.^a Concepción Alonso Mancebo

Introducción: La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad neurológica de base inmune, desmielinizante, con una prevalencia en España de 120 casos por 100.000 habitantes y una incidencia de 4 por cada 100.000, siendo 3 de estas 4 personas mujeres y con un diagnóstico generalmente comprendido entre la tercera y cuarta década de la vida.

Por lo general, cuando se cita a la EM en un contexto oftalmológico, tiende a pensarse directamente en la neuritis óptica, sin embargo, hay otras patologías oculares que se dan en este tipo de pacientes como pudieran ser las manifestaciones del espectro uveítico.

Casos clínicos: Exponemos una serie de 8 casos de pacientes que han sido seguidos por nuestras consultas de uveítis con sospecha previa (o no) de esclerosis múltiple, sintetizando y describiendo la prevalencia de síntomas concretos así como de las complicaciones oftalmológicas durante su posterior seguimiento.

De los 8 pacientes estudiados, la mitad presentó un cuadro de uveítis como primera manifestación de la enfermedad.

En cuanto a la edad de su debut, 2 fueron en la tercera década, 2 en la cuarta y 4 en la quinta.

A lo largo de su seguimiento todos ellos han padecido algún cuadro de uveítis.

Solamente 2 manifestaron un cuadro de neuritis óptica retrobulbar.

3 de ellos requirieron de tratamiento corticoideo inyectable para el control de la inflamación ocular.

De manera aislada registramos casos de Edema Macular, Glaucoma uveítico o cicatriz macular.

Conclusión: Remarcar la importancia de conocer las diferentes manifestaciones oftalmológicas que pueden llegar a presentar los pacientes con EM, ya que en un contexto multidisciplinar, podemos ayudar a alcanzar un diagnóstico, o al menos una sospecha fehaciente, de manera precoz y a establecer una serie de tratamientos que pueden ayudar a mejorar su bienestar y calidad de vida.

CC77

SÍNDROME TINU EN EDAD PEDIÁTRICA: NO OLVIDAR EL POLO POSTERIOR

Carolina Rius Tornés, Ferrán Llanas Alegre, Carlota Salvador Miras, Marta Bové Gurí

Introducción: El síndrome uveítis y nefritis tubulointersticial (TINU) es una entidad que se presenta como uveítis aguda anterior bilateral y afectación renal en forma de nefritis, típicamente descrita en edad pediátrica. El análisis de marcadores en sangre y orina juega un papel clave en el diagnóstico y requiere tratamiento con corticoides u otro inmunosupresor. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de TINU que refleja el curso crónico que puede desarrollar esta patología, haciendo mención especial a la necesidad de estudiar el polo posterior de todos los pacientes afectados.

Caso clínico: Paciente de 13 años que se deriva de otro centro por uveítis anterior aguda bilateral. A la exploración se observa uveítis anterior en ambos ojos, así como leve vitritis y papilas borradas y sobreelevadas. Se realiza una analítica sanguínea con marcadores inflamatorios elevados y estudio de orina con proteinuria moderada, aumento del índice de creatinina y leucocituria. Los marcadores inmunológicos y serologías son negativos. Dada la sospecha de TINU se estudian marcadores específicos como la B2 microalguninuria, y el genotipo HLA-DQB1, ambos positivos. La paciente es tratada con corticoesteroides tópicos y orales, con disminución progresiva de la afectación de cámara anterior y papilar. Actualmente se encuentra asintomática con la necesidad de con metotrexate para controlar la enfermedad.

Conclusión: El síndrome TINU debe estar presente en el diagnóstico diferencial de uveítis especialmente en edad pediátrica. Si existe sospecha clínica, realizar una analítica y examen de orina ayudará a orientar el diagnóstico. Dado que el síndrome se clasifica como uveítis anterior aislada, la falta de evaluación de polo posterior (dificultada en ocasiones por la edad de los pacientes) puede enmascarar otras afectaciones, como vitritis, papilitis o edema macular. Es importante el estudio oftalmológico completo para ajustar el tratamiento y descartar posibles complicaciones.

CC78

RETINOCOROIDITIS TOXOPLÁSMICA CON DESPRENDIMIENTO BACILAR COMPLICADA CON SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO

Julia Sánchez Quirós, David Díaz Valle, Elena Montolío Marzo, José T. Ramos Amador

Introducción: La toxoplasmosis es la principal causa de uveítis posterior y de afectación ocular. La sospecha clínica se basa en las características oftálmicas y la serología toxoplásmica puede apoyar el diagnóstico.

El tratamiento más utilizado es la combinación fija de trimetoprim y sulfametoxazol. Este régimen de tratamiento tiene efectos secundarios potencialmente mortales, como el síndrome de Steven Johnson.

Caso clínico: Presentamos un caso grave de retinocoroiditis focal asociada a una moderada turbidez vítrea, extensa periflebitis retiniana y desprendimiento bacilar macular en una niña de 14 años, que desarrolló un síndrome de Stevens-Johnson 8 días después de iniciar el tratamiento de la toxoplasmosis con trimetoprim-sulfametoxazol.

A raíz de estos resultados, se cambió su tratamiento a azitromicina, pirimetamina y ácido fólico, junto con prednisona sistémica 1 mg/kg/día, resolviendo con ello la afectación retiniana.

Conclusión: Los desprendimientos bacilares se caracterizan por una débil línea de reflectividad en la zona elipsoide siendo, en la toxoplasmosis ocular extremadamente raros. En cuanto al tratamiento de la toxoplasmosis ocular, la combinación TMP-SMX es uno de los regímenes terapéuticos más utilizados debido a su gran eficacia y buena tolerabilidad, generalmente en combinación con esteroides sistémicos, siendo uno de sus efectos adversos más temidos el SJS. El reconocimiento precoz, el manejo adecuado del SJS y un enfoque multidisciplinar son importantes debido a su gran gravedad y riesgo de daño permanente, así como un buen control de la toxoplasmosis ocular.

CC79

REACTIVACIÓN DE VVZ EN FORMA DE NECROSIS RETINIANA AGUDA TRAS VACUNACION CONTRA SARS-COV2 EN PACIENTE CON PATOLOGÍA AUTOINMUNE DE BASE: HIPÓTESIS DE UNA INMUNIDAD ABERRANTE

Lucía I. Santana García, Miriam García Fernández, Álvaro Fernández-Vega, Luis Fernández-Vega

Introducción: La NRA (Necrosis Retiniana Aguda) es un síndrome uveítico, devastador e infrecuente que suele darse en pacientes inmunocompetentes. De etiología principalmente herpética, el VVZ es la causa más frecuente.

Caso clínico: Paciente varón, de 53 años, con antecedente de espondilitis anquilosante (EA), que acude por pérdida brusca de agudeza visual (AV) en su ojo derecho (OD) 48 horas tras la administración de la primera dosis de la vacuna frente al SARS-COV2 (mRNA-1273 Moderna®). Se objetiva una MAVC de 0.16 en OD y 1.0 en OI, así como reacción inflamatoria moderada en cámara anterior y vitritis intensa, con periarteritis oclusiva 360° con compromiso macular en OD. Ante la sospecha de NRA, se realiza punción de humor acuoso, que confirma la presencia de VVZ. Se ingresa al paciente para tratamiento combinado con Aciclovir 10mg/kg c/8h y Metilprednisolona intravenoso así como con inyecciones intravítreas semanales de Foscarnet. Tras 14 días, el paciente presenta una MAVC de 0.5, así como mejoría significativa del cuadro inflamatorio. Se decide alta con Valaciclovir 1g c/8h durante 6 semanas, así como tratamiento corticoideo tópico y oral en pauta descendente. Dos meses más tarde, se objetiva una MAVC de 1.0 en OD, así como mejoría significativa del aspecto funduscópico, sin afectación del ojo adelfo en ningún momento.

Conclusión: Existen múltiples artículos en la literatura sobre reactivación de VVZ en distintas presentaciones clínicas tras vacunas de ARN mensajero frente al COVID-19, siendo esta asociación más frecuente en pacientes con enfermedades autoinmunes reumatológicas, como la EA, aunque los casos de NRA continúan siendo muy atípicos. Es posible que pacientes con enfermedades autoinmunes se encuentren predispuestos a una reacción inmune aberrante que facilite la reactivación de este tipo de virus tras la vacunación.

CC80

REVISIÓN Y PRESENTACIÓN DE CINCO CASOS DE SÍFILIS OCULAR

Leyre Sanz Gallén, Francisca García Ibor, Sonia Andreu Natividad, Antonio M. Duch Samper

Introducción: La sífilis ocular sigue siendo un importante problema en oftalmología. Es una amenaza inmediata para la visión y está asociada con riesgo de complicaciones sistémicas y oculares a largo plazo graves. Sin embargo, con un diagnóstico rápido, es curable con tratamiento antibiótico, lo que hace que su diagnóstico sea tan importante. Presenta gran variedad de manifestaciones clínicas, por lo que es conocida como «la gran simuladora».

La uveítis sifilítica está aumentando, esta tendencia se ha relacionado con las relaciones sexuales sin protección más frecuentes desde los tratamientos eficaces del VIH. El diagnóstico sigue siendo serológico. El tratamiento de la sífilis ocular debe hacerse en regímenes de neurosífilis, con penicilina endovenosa y realizando análisis de líquido cefalorraquídeo.

Casos clínicos: Durante el último año, hemos observado este aumento de la incidencia en nuestro departamento. Presentamos cinco casos de sífilis ocular con variedad de presentación clínica entre ellos, uveítis anterior granulomatosa, roseolas en iris, panuveítis, edema de papila unilateral y edema de papila bilateral. De nuestros casos, cuatro eran varones y una mujer. La media de edad fue 50 años. Dos de los cinco pacientes eran positivos para VIH, resultado conocido previamente, coincidiendo con los dos pacientes más jóvenes.

El diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes se realizó en una consulta conjunta entre especialistas en uveítis de Oftalmología y Medicina Interna.

Conclusión: Se está produciendo un aumento de casos de sífilis ocular lo que ha estimulado el interés por esta antigua enfermedad. Puede tener muy variables presentaciones clínicas. Es importante realizar un diagnóstico rápido y tratamiento adecuado para reducir las complicaciones tanto oculares como sistémicas graves.

CC81

ENDODIATERMIA COMO TÉCNICA COMPLEMENTARIA EN PUPILOPLASTIA A TRAVÉS DE CASOS CLÍNICOS

Clara Álvarez de Toledo Belil, Anna Soldevila Ribera, Álvaro Ferragut Alegre

Introducción: La pupiloplastia es una técnica quirúrgica ampliamente utilizada en la reparación de múltiples defectos pupilares. Para lograr un aspecto y tamaño lo más parecido a una pupila fisiológica, habitualmente se sutura parte o toda la pupila. Se ha descrito la endodiatermia como técnica complementaria para conseguir un buen centrado y tamaño de la pupila ya que supone frecuentemente un reto quirúrgico.

Técnica quirúrgica: Cuando realizamos reconstrucciones pupilares conseguir un buen centrado y tamaño pupilar puede ser dificultoso en especial en casos de atrofia de iris, daño iridiano asimétrico o tensión variable alrededor de la pupila. La endodiatermia iridiana es una técnica simple, mínimamente traumática y controlada que evita una excesiva manipulación del tejido iridiano y es capaz de crear una pupila redonda con una muy buena apariencia cosmética. Un cauterio con la diatermia bipolar es aplicada al estroma iridiano para inducir una contracción del tejido iridiano y tirar suavemente de la pupila en el meridiano en el que aplicamos la sonda. Presentamos una serie de videos quirúrgicos en los que mostraremos el uso de la endodiatermia.

Conclusión: La pupiloplastia con endodiatermia puede utilizarse para recentrar o ampliar pupilas pequeñas evitando un trauma adicional al tejido iridiano infligido por otras técnicas quirúrgicas como un vitreotomo o microtijeras.

CC82

MACULOPATÍA EN TORPEDO EN UN PACIENTE DE 13 AÑOS ASOCIADA A NEOVASCULARIZACIÓN COROIDEA

Nicolás Echeverría Jimeno, Julio J. González López, Beatriz Ventas Ayala, Álvaro Martín Ares

Introducción: La maculopatía en torpedo es una rara anomalía del epitelio pigmentario de la retina (EPR) en la que todavía no se ha esclarecido la patogénesis. Esta patología se caracteriza por la aparición de una lesión hipopigmentada asintomática temporal a fovea con una característica forma que recuerda a un torpedo.

Caso clínico: Nuestro caso es un paciente de 13 años remitido a nuestro centro por una lesión paramacular en su ojo izquierdo evidenciada en una evaluación rutinaria, sin clínica asociada, y en la que se sospecha una cicatriz por toxoplasma.

A la exploración en nuestro centro se evidenció una cicatriz paramacular temporal en su ojo izquierdo pálida de bordes pigmentados de medio diámetro de disco (DD).

El estudio con tomografía de coherencia óptica (TCO) reveló un desprendimiento de epitelio pigmentario de la retina con mínimo líquido subretiniano (LSR) temporal a fovea. Ante la sospecha de neovascularización coroidea (NVC) se realizó un estudio de TCO –angiografía en el que se evidenció un ovillo vascular en la zona avascular de la retina y por debajo del EPR confirmando la sospecha de NVC. Se realizó un estudio de despistaje con campo visual (CV), obteniendo un CV fiable y en el que no se evidenciaron defectos. Se obtuvieron imágenes de retinografía con Clarus.

Con intención de descartar la mayor sospecha diagnóstica se valoró la serología para toxoplasma que fue negativa.

Ante la descripción de la lesión sin otro diagnóstico de sospecha el paciente fue diagnosticado de maculopatía en torpedo en su ojo izquierdo asociada a NVC.

Ante la ausencia de síntomas sin progresión en 1 año de seguimiento se decidió observación.

Conclusión: La maculopatía en torpedo es una patología rara, en general estable a lo largo de la vida, que en algunas ocasiones se asocia a NVC. Requiere un seguimiento por el riesgo de progresión, especialmente en los casos que asocia NVC; la vigilancia con rejilla de Amsler es una opción en los casos estables.

CC83

ENDOFTALMITIS RECURRENTE POR E. FAECALIS TRAS CIRUGÍA DE CATARATA

Patricia Gutiérrez Castaño, Facundo U. Urbinati, Laura Jiménez Siles, Margarita Jódar Márquez

Introducción: La endoftalmitis es una de las complicaciones más temidas por el oftalmólogo tras la cirugía de la catarata. Su incidencia es baja resultando anecdótico el desarrollo de recurrencias. Presentamos el caso de un paciente que desarrolla una endoftalmitis infecciosa aguda recurrente por enterococo faecalis tras cirugía de catarata.

Caso clínico: Paciente de 77 años que acude a consultas de oftalmología por pérdida de agudeza visual (AV) en ojo izquierdo. La AV fue de 0,3 en y se apreció catarata N3C2. Se llevó a cabo facoemulsificación con implante de lente intraocular, A los cuatro días acudió por empeoramiento de la AV. Se apreció nivel de hipopion de 1/10 junto con malla de fibrina que ocupaba el eje visual. Se tomó muestra de humor acuoso y se pautó tratamiento intravítreo con vancomicina y ceftazidima, colirios reforzados y moxifloxacino oral. A los 4 días se inició tratamiento con prednisona oral y se fue reduciendo la dosis de colirios reforzados hasta sustituirlos por ciprofloxacino. A los 20 días la AV fue de 0,7. El cultivo de humor acuoso fue negativo. 15 días tras la resolución del cuadro la paciente acudió de nuevo a urgencias por dolor y ojo rojo. Se apreció nivel de hipopion 1/10 y malla de fibrina que ocupaba toda la cámara anterior. Se programó vitrectomía urgente vía pars plana con toma de muestras de humor vítreo. Tras la vitrectomía la paciente evolucionó de forma satisfactoria, alcanzando agudeza visual de 0,8 a los 23 días. Se aisló crecimiento de E. Faecalis en muestra de humor acuoso y vítreo.

Conclusión: Existen muy pocos casos publicados referentes a este tipo de patología infecciosa recurrente. Una posible explicación para tal evolución es la creación por parte del germen de biofilms en cavidad vítrea o a nivel de la lente intraocular que dificultan la penetración del antibiótico. A pesar de la buena evolución tras el intravítreo inicial, la aparición de una recidiva hace plantear la importancia de la vitrectomía precoz e incluso el explante de la lente.

CC84

CANALICULITIS PRIMARIA AGUDA POR FUSOBACTERIUM NUCLEATUM, CAMPYLOBACTER CURVUS Y EIKENELLA CORRODENS. CASO CLÍNICO

Joana Hernández Jiménez, Jaime Matarredona Muñoz, Jaime Moya Roca, Elisabet Rico Santos

Introducción: la canaliculitis primaria es una infección poco común que afecta a la porción proximal del sistema de drenaje lagrimal. Entre los signos y síntomas característicos encontramos eritema, tumoración del canto medio, edema palpebral, dolor local, epífora y secreción purulenta a través del punto lagrimal. En ocasiones, puede complicarse con celulitis. Es una entidad infradiagnosticada, a menudo confundándose con otras patologías que se presentan en la misma zona y con síntomas similares. A continuación, presentamos un caso de canaliculitis asociado a tres microorganismos: *Fusobacterium nucleatum*, *Campylobacter curvus* y *Eikenella corrodens*.

Caso clínico: se presenta un caso de una mujer de 46 años con canaliculitis primaria aguda del ojo derecho, causada por tres bacterias de forma conjunta: *Fusobacterium nucleatum*, *Campylobacter curvus* y *Eikenella corrodens*. Nuestra paciente requirió únicamente tratamiento antibiótico tópico con resolución completa del cuadro clínico a los 10 días del inicio del tratamiento.

Conclusión: la canaliculitis primaria es una infección poco frecuente de la porción proximal de la vía lagrimal. A pesar de su estrecha relación con el *Actinomyces israeli*, actualmente se han aislado múltiples microorganismos, la mayoría de ellos formando parte de la flora orofaríngea y tracto respiratorio, afectando esporádicamente a la región periocular. La toma de muestras para el diagnóstico microbiológico es esencial de cara a orientar el tratamiento. Según nuestro conocimiento, este es el primer caso publicado de canaliculitis causado por la combinación de estos tres microorganismos.

CC85

COMPLICACIONES OCULARES ASOCIADAS A DEPILACIÓN FACIAL CON LÁSER DIODO

Lucía Pérez Roldán, Carmen García García, Alicia Camino Martínez, Víctor Sierra Liñán

Introducción: La depilación con láser es una de las técnicas más empleadas para la eliminación de vello corporal y facial de forma permanente. El láser diodo (800nm) ha demostrado eficacia reduciendo el vello hasta en un 70% en 6 meses y en la mayoría de casos no se asocia a complicaciones. Sin embargo, existen efectos adversos tanto dermatológicos, más conocidos y frecuentes, como oftalmológicos, menos frecuentes y principalmente en relación con procedimientos de estética facial realizados sin la adecuada protección ocular.

Caso clínico: Mujer de 64 años con antecedente de depilación facial y de cejas con láser diodo, que acude a urgencias tras presentar durante una semana una clínica de dolor, fotofobia y disminución agudeza visual en ambos ojos. Durante el procedimiento se retiraron las gafas protectoras para aplicar el láser en el área periorbitaria.

La paciente presentó una agudeza visual (AV) de 0.6 en el ojo derecho (OD) y 0.5 en ojo izquierdo (OI). En la exploración, con lámpara de hendidura se evidenció la presencia de una midriasis irregular, asociada a reacción inflamatoria en cámara anterior y edema corneal, todo ello de forma bilateral. No se encontraron alteraciones en la presión intraocular ni en la exploración del fondo de ojo. Se indicó tratamiento con colirio de dexametasona cada 4 horas y colirio ciclopléjico cada 8 horas que fueron retirados tras dos semanas de tratamiento. Presentando la paciente una AV de 1 en OD y 0.9 en OI y en la exploración con lámpara de hendidura una leve corectopia en OI con atrofia de la raíz del iris, siendo el resto de la exploración normal.

Conclusión: A pesar de su extendido uso, la depilación facial con láser diodo no está exenta de complicaciones, algunas de ellas oftalmológicas y en ocasiones irreversibles. Es necesario informar a los usuarios de estas técnicas de los riesgos que conllevan y utilizar dispositivos de seguridad.

CC86

EDIPISMO: A PROPÓSITO DE UN CASO DE INTENTO DE AUTOENUCLEACIÓN BILATERAL

Juan J. Prados-Carmona, Ana Jiménez Peinado, Fabio Contieri Lambiase, Encarnación Ibarra de la Rosa

Introducción: Los traumatismos oculares son una urgencia oftalmológica habitual en nuestros hospitales, si bien el mecanismo de producción puede ser de lo más variado. Una causa excepcional poco descrita en la literatura es la autoagresión en un intento de arrancamiento, fenómeno conocido como «Edipismo».

Caso clínico: Paciente ingresado en Ud. Salud Mental por episodio psicótico que presenta grave alteración conductual y autoagresividad. Se nos consulta por lesión autoinfligida en ambos ojos: «presionándose fuertemente los globos oculares en un intento de arrancamiento».

A la valoración oftalmológica el paciente presentó hemorragia palpebral y orbitaria, exoftalmos franco, quemosis, hematócornea e hipema, con mayor afectación de OI, disminución de AV sin lograr percibir luz en AO, e hipotensión ocular severa. Las pruebas de imagen TC, RM orbitarios y ecografía ocular evidenciaron desprendimientos coroideos hemorrágicos en OD y desestructuración total del contenido del OI, pero no fracturas óseas ni avulsión de los nervios ópticos. El paciente requirió corticoterapia y antibioterapia orales y tópicas, no precisó cirugía. La evolución del OD fue favorable, aclarando las hemorragias de superficie e internas y recobrando normofunción (MAVc 1.0) en 9 meses. El OI en ningún momento presentó mejoría degenerando en ptisis bulbi.

A propósito del caso se mostrarán fotografías, se revisa la literatura y se comentan las pruebas de imagen así como el tratamiento aplicado.

Conclusión: El manejo hospitalario multidisciplinar con un seguimiento estrecho por parte del oftalmólogo es imprescindible para ofrecer el tratamiento más adecuado. Las pruebas de imagen ayudan a establecer el pronóstico visual y a establecer la indicación de cirugía. Preservar la máxima AV posible junto con el control de la patología psiquiátrica de base resultan las mejores garantías de funcionalidad futura que se le pueden ofrecer al paciente.

CC87

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN VISUAL Y LA NEURORRETINA EN SUJETOS DIAGNOSTICADOS DE DALTONISMO

Álvaro Tello Fernández, Luisa Castro Roger, Víctor Mallén Gracia, Elena García Martín

Introducción: el propósito es evaluar si la existencia de déficits en la visión del color implica un deterioro de la agudeza visual, la sensibilidad al contraste y la visión del color y/o da como resultado variaciones en el grosor de la capa de fibras nerviosas de la retina (CFNR), el área macular, el complejo de células ganglionares de la retina y las capas de la retina que contienen fotorreceptores (bastones y conos) frente a sujetos con visión de color normal dentro de la misma distribución de edad y género

Casos clínicos: se estudiaron 50 ojos de sujetos con daltonismo y 50 ojos de sujetos control. En todos los sujetos se evaluaron la función visual (agudeza visual, sensibilidad al contraste y visión del color) y la estructura neurorretiniana mediante tomografía de coherencia óptica (OCT). Se observó un adelgazamiento significativo de la capa de fibras nerviosas de la retina, la capa de células ganglionares y la retina en el grupo de daltonismo. También se registró un adelgazamiento significativo en capas que involucran núcleos fotorreceptores (entre la capa limitante externa y la membrana de Bruch y entre la capa plexiforme externa y la membrana limitante externa).

Conclusión: Se encontraron espesores significativamente reducidos en la CFNR y varias capas de la retina (capas de células ganglionares y de fotorreceptores), lo que demuestra que el daltonismo está asociado con un adelgazamiento del espesor de la retina y de la CFNR, y en las capas de la retina que involucran los núcleos de los fotorreceptores. El estudio OCT con segmentación retiniana parece por tanto un marcador de daltonismo de utilidad en la práctica clínica en caso de duda diagnóstica. Este análisis podría ser útil para evaluar la efectividad de terapias potenciales como el tratamiento génico.

CC88

HEMIANOPSIA HOMÓNIMA IZQUIERDA SECUNDARIA A ANGIOGRAFÍA CORONARIA; REPORTE DE CASO

Frida Cordero Luna, Juan S. Moreno Olvera, Marga Janet Martínez Neria, Regina Cordero Luna

Introducción: La ceguera cortical una complicación rara pero bien establecida que puede ocurrir durante una Angiografía Coronaria. La incidencia de complicaciones cerebrovasculares durante una angiografía Coronaria y otros procedimientos diagnósticos por cateterismo cardiaco del Instituto Nacional de salud de EE.UU y la Sociedad Británica de Cardiología han sido reportados en 0.03% y 0.06% respectivamente.

Caso clínico: Un paciente masculino de 64 años con Antecedente de Astigmatismo miópico compuesto bilateral, diabetes mellitus tipo 2 tratada con insulina, hipertensión y dislipidemia se presentó a urgencias por dolor torácico de 2 horas de duración. A su ingreso con presión arterial de 180/100 mmHg. Electrocardiograma con inversión dinámica de la onda T, sin cambios en el segmento ST y troponina I <0.05 ng/mL, siendo clasificado como angina inestable de alto riesgo.

Se realizó angiografía coronaria vía radial derecha, sin hallar lesiones angiográficamente significativas en las arterias epicárdicas. Posterior a la angiografía coronaria presentó alteraciones del campo visual y cefalea. Se realizó tomografía cerebral con Hipodensidad occipital izquierda correspondiente a zona de isquemia cerebral. Paciente que gracias a la clínica y resultados de campimetría y Tomografía anormales se diagnostica: Hemianopsia homonima izquierda con exclusión del area macular de ambos ojos secundaria a ceguera cortical como complicación de Coronografía.

Conclusión: Debido a la alta prevalencia de enfermedad cardiovascular y la mayor cantidad de cateterismos cardiacos realizados anualmente, el conocimiento de las complicaciones visuales en procedimientos diagnósticos invasivos debe ser prioritario para un Oftalmólogo y Cardiólogo. A pesar de ser una complicación infrecuente de la Coronariografía, la Hemianopsia Homónima es una complicación altamente discapacitante y temida.

CC89

DIPLOPÍA COMO SÍNTOMA DE PRESENTACIÓN DE METÁSTASIS HIPOFISARIA DE CARCINOMA DE ESÓFAGO NO DESCRITO EN LA BIBLIOGRAFÍA

Borja Errazquin Aguirre, Isabel Sendino Tenorio, Mirlibeth Loreto Carrero, Ana Garrote Llordén

Introducción: Las metástasis representan únicamente alrededor del 1% de los tumores hipofisarios. Además, la mayoría de las veces son asintomáticas y su imagen en la tomografía computarizada es muy similar al adenoma de hipófisis. Es por eso que muchas veces no llegan a diagnosticarse. Sin embargo, su identificación es crucial ya que supone un cambio en el pronóstico y el manejo del paciente.

Caso clínico: Una mujer de 70 años acudió a urgencias por diplopía a la dextroversión de 8 días de evolución. En la exploración se objetivó limitación de la supraducción, aducción e infraducción y ptosis del ojo izquierdo. El resto de la exploración oftalmológica no aportó datos de interés. En la tomografía computarizada se objetivó una masa compatible con macroadenoma de hipófisis. Tras discutir el caso en el comité de hipófisis, se programó para cirugía. La biopsia intraoperatoria mostró una metástasis de probable tumoración escamosa. Tras un estudio completo, se diagnosticó un carcinoma epidermoide de esófago y se inició tratamiento paliativo.

Conclusión: Tras realizar una revisión bibliográfica en PubMed, este es el único caso de metástasis hipofisaria de origen esofágico reportado hasta el momento. Con la mejoría en las técnicas diagnósticas y el alargamiento de la esperanza de vida, es de esperar un aumento de la prevalencia de las metástasis hipofisarias, así como la aparición de nuevos tipos de tumores primarios.

Además, si bien las metástasis hipofisarias suelen cursar con clínica oftalmológica, es muy raro que la diplopía sea el primer síntoma del tumor primario como ocurrió en el caso descrito.

Por lo tanto, es importante tener en cuenta las metástasis hipofisarias en el diagnóstico diferencial de pacientes con diplopía sin historia tumoral previa, al mismo tiempo que debemos considerar el carcinoma de esófago como posible origen de la misma.

CC90

DRUSAS DE NERVIÓ ÓPTICO ASOCIADAS A MEMBRANA NEOVASCULAR EN LA INFANCIA

Ana Fernández Marrón, Julia Boldú Roig, Melania Juárez Estudillo

Introducción: Las drusas de nervio óptico se presentan de manera oculta en la infancia, haciéndose visibles en la adolescencia o en la edad adulta. La mayoría se descubren como hallazgos casuales en un examen fundoscópico y son consideradas benignas. En raras ocasiones pueden dar lugar a complicaciones como oclusiones vasculares, hemorragias peripapilares o membranas neovasculares coroideas. La membrana neovascular asociada a drusas del nervio óptico se presenta más frecuentemente en niños que en adultos y puede causar una alteración visual grave.

Caso clínico: Paciente mujer de 12 años acude a consulta por disminución progresiva de la visión del ojo derecho de dos meses de evolución. No padece ninguna enfermedad sistémica, destaca que vive con dos gatos.

En la exploración inicial la paciente presenta una agudeza visual del ojo derecho de 0,05 y el ojo izquierdo de 1, como hallazgo relevante, se observa una papila sobreelevada de bordes poco definidos y edema en el haz papilomacular con hemorragia retiniana adyacente. Como diagnóstico inicial se propone membrana neovascular asociada a drusas de nervio óptico versus neuroretinitis del ojo derecho. Se solicitan como pruebas complementarias una batería de análisis serológicos infecciosos, que resultan negativos, y un TAC en el que se observan drusas calcificadas en ambas papilas. Finalmente se orienta a la paciente como membrana neovascular asociada a drusas de nervio óptico y se comienza tratamiento con ranibizumab intravítreo con el que se consigue frenar la actividad de la membrana.

Conclusiones:

- Las drusas de nervio óptico deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial del edema de papila
- Las membranas neovasculares pueden con una complicación de las drusas de nervio óptico y pueden aparecer en niños
- El tratamiento precoz con fármacos anti-VEGF intravítreos puede frenar la actividad de la membrana y mejorar el pronóstico visual del paciente

CC91

AMAUROSIS BILATERAL POST-HEMODIÁLISIS

Manuel J. García Martín, Rafael Giménez Gómez

Introducción: Se presenta el caso de una paciente con insuficiencia renal crónica (IRC) avanzada que ingresó para cirugía de acceso vascular y que desarrolló una amaurosis bilateral tras una sesión de hemodiálisis (HD).

Caso clínico: Diagnosticada de IRC secundaria a nefropatía túbulo-intersticial. Se encuentra en HD desde 1993 y son frecuentes los episodios de hipotensión. Tras el ingreso, se realiza un injerto arteriovenoso húmero-axilar izquierdo de politetrafluoroetileno (Goretex®). Esa tarde presenta dolor precordial con hipotensión (78/48) que remite tras estabilizarse en 90/60. Dos días después, tras finalizar la sesión de hemodiálisis, refiere visión borrosa en ojo derecho (OD). En ese momento el fondo de ojo (FO) era normal. Se realiza una tomografía cerebral, sin hallazgos patológicos. A la mañana siguiente la pérdida de agudeza visual en OD es acentuada (inferior a 0,1) y asimismo refiere pérdida periférica del campo visual en ojo izquierdo. A la exploración, el OD se encuentra en midriasis y se observa un disco óptico derecho elevado y de bordes borrosos. No hay claudicación mandibular ni cefalea. La palpación de la arteria temporal es normal. Pese a ello se inicia tratamiento con bolos de 250 mg de metilprednisolona por vía intravenosa y antiagregantes plaquetarios. Sin embargo, el cuadro continúa empeorando y al día siguiente presenta midriasis arrefléxica y amaurosis bilateral. El FO muestra un edema de papila bilateral, con mayor elevación en el ojo izquierdo. Once días más tarde, la paciente vuelve a ingresar por un cuadro febril. Se le diagnostica una sepsis por *Pseudomonas aeruginosa*, y, desgraciadamente, fallece horas más tarde.

Conclusión: La amaurosis bilateral post hemodiálisis es un fenómeno excepcional. La hipotensión que acompaña a las sesiones de hemodiálisis puede ser el desencadenante. Debe realizarse un diagnóstico diferencial con otras causas: accidentes cerebro-vasculares, toxicidad medicamentosa, etc.

CC92

PAPIEDEMA ASOCIADO A TROMBOSIS DE SENOS TRANSVERSOS EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR SARS-COV-2

Olmo Giménez Jiménez, M.^a Teresa Serrano González-Peramato, Alberto Delgado Guerrero, Jorge Solana Fajardo

Introducción: En estos dos últimos años nos hemos familiarizado con el COVID19, enfermedad con una sintomatología principalmente del tracto respiratorio pero que puede afectar a múltiples órganos o sistemas. En este caso clínico se describe un episodio tromboembólico secundario a la infección por SARS-COV-2.

Caso clínico: Paciente varón de 33 años sin factores de riesgo cardiovascular, que no toma medicación y con antecedente de meningitis tuberculosa en la infancia que precisó de colocación de válvula de derivación ventriculoperitoneal (DVP) y diagnosticado de COVID19 un mes antes.

Acude en varias ocasiones a urgencias por cefalea intensa de tipo opresivo. En la última ocasión la cefalea se acompaña de visión borrosa por el ojo derecho. Por este motivo es valorado en oftalmología.

En el examen oftalmológico se aprecia una agudeza visual de unidad en cada ojo y biomicroscopía anterior sin alteraciones; en el examen del fondo de ojo se observan ambas papilas edematosas, con hemorragias en astilla, exudados y signos de congestión vascular. Resto de polo posterior normal.

La primera hipótesis planteada es que se trate de una hidrocefalia secundaria a obstrucción de DVP. Se solicita tomografía axial computarizada craneal en la que no se aprecian signos de hidrocefalia y la válvula parece permeable.

El análisis del líquido cefalorraquídeo presenta todos los parámetros dentro de la normalidad; la resonancia magnética nuclear (RMN) descarta lesiones estructurales y la realización de una angioRMN permite llegar al diagnóstico de trombosis de ambos senos transversos.

Tras este diagnóstico se comienza anticoagulación con heparina, con posterior cambio a acenocumarol.

Conclusión: Una exploración oftalmológica completa nos puede mostrar signos de afectación neurológica. En este caso permitió sospechar una presentación atípica de un episodio tromboembólico postCOVID19 en un paciente joven y sano previamente.

CC93

SÍNDROME ÁPEX ORBITARIO SECUNDARIO A HERPES ZÓSTER OFTÁLMICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Francisca Ríos Friz, Itziar Martínez Soroa, Nora Imaz Aristimuño

Introducción: El síndrome ápex orbitario (SAO) es una complicación excepcional, pero muy grave del herpes zóster oftálmico (HZO), caracterizado por parálisis del II, III, IV y VI par craneal (PC) y la rama oftálmica del V PC.

Caso clínico: Mujer, 61 años, con antecedente de alcoholismo crónico, acude por ojo rojo, dolor y empeoramiento visual ojo izquierdo (OI), pese a tratamiento con Valaciclovir oral por HZO izquierdo. En exploración oftalmológica OI: proptosis, ptosis completa, oftalmoplejía III, IV y VI PC, agudeza visual (AV): movimiento manos, biomicroscopía (BMC) OI: hifema grado II, presión intraocular (PIO):50mmHg. Fondo ojo (FO) OI: no visualizable. Ojo derecho sin hallazgos significativos. Se solicita resonancia nuclear magnética (RNM) OI: afectación inflamatoria ápex orbitario, ausencia trombosis seno cavernoso. Dada alta sospecha de SAO por HZO, se decide ingreso hospitalario para tratamiento endovenoso con Aciclovir y Metilprednisolona, asociando tratamiento hipotensor tópico y oral. Al tercer día de tratamiento, sin dolor ni ojo rojo, con escasa mejoría de ptosis y oftalmoplejía. Completa 14 días de tratamiento antivírico. A los noventa días, evolución muy favorable: ptosis muy leve, con OI en ortoforia en posición principal de la mirada, AV: 0,7, PIO: 10 mmHg y desaparición de coágulo en CA.

Conclusión: Es imprescindible realizar estudio con RNM para excluir otras causas de SAO. La recuperación visual depende de la rapidez de instauración del tratamiento, idealmente en las primeras 72 horas desde el inicio de la sintomatología.

CC94

NEURITIS ÓPTICA EN CONTEXTO DE SÍNDROME DE CLIPPERS

María Rodríguez Sánchez, Elena Galán Risueño, Elena Pérez Díez, Mirlibeth Loreto Carrero

Introducción: El síndrome de CLIPPERS (Chronic Lymphocytic Inflammation With Pontine Perivascular Enhancement Responsive to Steroids) es una enfermedad de origen incierto, descrita por primera vez en el año 2010 por Pittock et al . Los criterios diagnósticos precisan una exploración física compatible con lesión troncoencefálica, así como imagen radiológica característica. La clínica puede ser muy variada, siendo los síntomas más frecuentes diplopía, marcha atáxica y espasticidad.

Caso clínico: Mujer de 46 años de edad exfumadora, diagnosticada de síndrome de CLIPPERS tres años antes, que debutó con clínica de opsoclonus-mioclonus, en tratamiento con Cortisona 15mg/48horas y Rituximab semestral, refiere desde hace 4 días visión borrosa en cuadrante infero-externo de ojo izquierdo(OI). A la exploración presenta agudeza visual(AV) en OI de 0.7; Defecto Pupilar Aferente Relativo(DPAR) en OI; Funduscopia(FO) OI: Papila ligeramente hiperémica y sobreelevada. Tomografía Coherencia Óptica(OCT): Engrosamiento de capa de fibras del nervio óptico; Campimetría visual (CV) 30-2 OI: Escotoma central y arciforme inferior; Resonancia Magnética(RM) craneal con contraste intravenoso: Realce del disco óptico y origen del nervio óptico izquierdo. Tras hallazgos adquiridos, se diagnostica de Neuritis Óptica (NO) y se ingresa, pautando bolos de metilprednisolona 1 gramo durante 5 días. Ante la respuesta al tratamiento, y mejoría de la clínica visual se decide alta.

Actualmente, tres años después, la paciente está en tratamiento con Metrotexato y Prednisona 60mg/24 horas, oftalmológicamente presenta AV OI 0.7; FO: Palidez papilar; OCT papilar OI: Atrofia de capa de fibras nerviosas y CV: alteración nasal inferior y aumento de mancha ciega, manteniéndose estable.

Conclusión: Este caso contribuye al enriquecimiento de la literatura neurooftalmológica y arroja información acerca otras manifestaciones oftalmológicas que se pueden encontrar en esta enfermedad de muy baja prevalencia.

CC95

EXOFTALMOS PULSÁTIL, RETO DIAGNÓSTICO

Beatriz Torrellas Darvas, Javier López Corsini

Introducción: El exoftalmos puede ser debido a enfermedades sistémicas con diferentes grados de gravedad. Éste es un caso de exoftalmos unilateral de etiología poco frecuente: la agenesia aislada del ala mayor del esfenoides.

Caso clínico: Mujer de 68 años diagnosticada de neurofibromatosis tipo I (NF1) y neuropatía óptica compresiva del ojo izquierdo (OI) por neurofibroma del nervio óptico es derivada desde neurología por pérdida de visión progresiva del ojo derecho (OD) de años de evolución. A la exploración destaca exoftalmos pulsátil del OD que la paciente refiere presentar desde hace 9 años y se había orientado como un exoftalmos secundario a alteraciones tiroideas. La agudeza visual en el momento de la exploración es de 0.6 en OD y cuenta dedos en OI. El Ishihara es normal en OD (21/21) y está abolido en OI. La hendidura palpebral es de 10mm en OD y la exoftalmometría muestra un exoftalmos variable del OD a 22 mm aproximadamente. En la resonancia nuclear magnética se encuentra una displasia del ala mayor derecha del esfenoides con encefalocele eseno-orbitario que condiciona un exoftalmos secundario de grado II junto con desplazamiento y compresión del nervio óptico.

Conclusión: La agenesia del ala mayor del esfenoides es una entidad muy poco frecuente que se asocia típicamente a la NF1, encontrándose únicamente en un 3% de pacientes con NF1. Consiste en uno de los 6 criterios clínicos de la NF1 por su alta especificidad. El exoftalmos que produce es unilateral y en ocasiones pulsátil. Pese a su baja incidencia, es importante saber diagnosticarla y tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial del exoftalmos. Se trata de una entidad benigna que generalmente no precisa tratamiento. La cirugía está indicada en casos de exoftalmos grave con el fin de reducir la diplopía. Hay que tener en cuenta que, en el caso de la cirugía, se ha de evitar la anestesia retrobulbar por el riesgo de neurotoxicidad.