



Vídeos



V1

KERATOTOMÍA RADIA CON CATARATA: PLANIFICACIÓN, CIRUGÍA Y RESULTADO REFRACTIVO

Ignacio Almorín Fernández-Vigo, Inés Sánchez Guillén, José I. Fernández-Vigo Escribano, Ana Macarro Merino

Introducción: Se presenta el caso de una paciente con keratotomía radial y catarata de rápida evolución.

Técnica quirúrgica: En la topografía se observa una irregularidad corneal con ectasia. Dada la dificultad en conseguir unas mediciones fiables en estos casos, se le propone a la paciente acudir 3 días diferentes a realizar topografías en 3 momentos distintos del día (mañana, medio día y tarde). Se evaluaron las fluctuaciones de los parámetros topográficos y se decidió una potencia de lente en base a los datos y utilizando la fórmula Barret True-K para RK.

Conclusión: Se presenta el vídeo de la cirugía con los conejos aplicados de la literatura así como el resultado obtenido.

V2

CATARATA HIPERMADURA Y POLAR POSTERIOR: UN RETO QUIRÚRGICO

Esther Corredera Salinero, Miriam Buenasmañanas Maeso, Nicolás Toledano Fernández, Elena Redondo Martínez

Introducción: Presentamos el caso de una paciente de 72 años que presenta agudeza visual (AV) de cuenta dedos a un metro. En la exploración se encuentra una catarata hipermadura ambarina y polar posterior.

Técnica quirúrgica: La naturaleza polar posterior contraindica la realización de la hidrodissección clásica por lo que, en estos casos, está indicado realizar una hidrodelineación. Sin embargo, al tratarse de una catarata hipermadura, no siempre es posible aplicar esta técnica. Se decidió, por tanto, realizar una hidrodissección parcial periférica que respetase la zona posterior.

Conclusión: La hidrodissección parcial permitió mantener intacta la cápsula posterior y disminuir la tensión ejercida sobre la zónula. El uso del Chopper disminuyó la cantidad de ultrasonidos utilizados en la cirugía, de forma que la AV al día siguiente era de 0.5 y el edema corneal leve.

V3

EXTRACCIÓN DE FRAGMENTO DE INSTRUMENTAL CON LA AYUDA DE UN IMÁN COMÚN

Natalia Crespo Campello, Marceliano Crespo Bordonaba

Introducción: Presentamos una forma de extraer un fragmento de instrumental quirúrgico, la punta de un chopper, del interior del cristalino mediante la imantación de otro instrumento auxiliar.

Técnica quirúrgica: se asume que el resto a extraer es magnético (no válido para titanio). Se acopla un imán, previamente limpiado con solución hidroalcohólica e introducido en un guante, a cualquier instrumento para magnetizarlo y convertirlo en un imán para aproximarle al fragmento y atraerlo hacia las incisiones o hacia un lugar seguro donde poder extraer con pinzas.

En el vídeo presentado no se logra extraer con pinzas de la zona del ángulo iridocorneal por lo que se opta por una segunda maniobra de arrastre magnético hacia la incisión principal de facoemulsificación.

Conclusión: La extracción magnética asistida por un imán común acoplado a un instrumento acerado puede ser de gran utilidad para evitar manipulaciones arriesgadas con potencialidad de lesiones graves.

V4

CIRUGÍA DE CATARATA NIGRICANS EXTRACAPSULAR CON USO DE LUZ ENDOCULAR POR PARACENTESIS PARA FACILITAR LA CAPSULORREXIS

Belén Elvira Giner, Pablo Navarro Martínez, Juan C. Elvira Cruaños, César Azrak

Introducción: Se presenta un caso clínico correspondiente a una cirugía de catarata extracapsular en un caso de catarata nigricans y recuento endotelial bajo. Se hace uso de la luz endocular junto al azul para una mejor visualización de la capsulorrexis, y se realiza una incisión escleral tunelizada y autosellada para reducir la hipotonía e inducir menos astigmatismo.

Técnica quirúrgica: Una vez abierta la conjuntiva superior, se prepara el túnel escleral sin profundizarlo hasta cámara anterior, con la finalidad de evitar la hipotonía durante los pasos quirúrgicos ulteriores. Se realiza una paracentesis de ayuda y se introduce en cámara anterior midriático y azul. Se procede al llenado de la cámara anterior con viscoelástico. Realizamos una incisión corneal tunelizada adicional, y dada la mala visualización de la cápsula anterior pese al uso previo de azul, se utiliza la luz endocular por la paracentesis de ayuda para facilitar la maniobra. La capsulorrexis la realizamos a través de la incisión corneal principal y lo más amplia posible. Procedemos a a hidratar el cristalino y a su posterior rotación. Con la ayuda de viscoelástico y mediante la maniobra de la llanta, sacamos el cristalino fuera del saco capsular. Ampliamos el túnel escleral hasta llegar a cámara anterior. No haberlo hecho previamente nos ha facilitado mantener una buena presión intraocular. Mediante el asa extraemos el cristalino de forma íntegra. Cerramos el túnel escleral con vicryl 6/0. Con un terminal de irrigación/aspiración, a través de la incisión corneal principal, lavamos los restos corticales. Introducimos viscoelástico en el saco y cámara anterior y procedemos al implante de la lente intraocular. Lavamos el viscoelástico y cerramos las incisiones mediante hidrosuturas. Finalmente, cerramos la conjuntiva con vicryl 7/0.

Conclusión: La cirugía mixta extracapsular con incisión corneal sigue vigente para algunos casos. La luz endocular por paracentesis de ayuda puede facilitar la capsulorrexis en cataratas nigricans.

V5

RECONSTRUCCIONES DE SEGMENTO ANTERIOR COMPLEJAS EN TRAUMATISMOS OCULARES CONTUSOS

Anna Soldevila Ribera, Juan Álvarez de Toledo Elizalde, Clara Álvarez de Toledo Belil, Halima Berrada

Introducción: Un traumatismo contuso de alto impacto puede conllevar la alteración y rotura de estructuras intraoculares que afecten al funcionamiento visual normal. Es común encontrar desde cataratas traumáticas con o sin subluxación por dehiscencia zonular hasta traumatismos iridianos, recesiones angulares, atrofia iridiana y sinequias. En función de la presentación clínica y el tiempo de evolución serán de mayor utilidad unos abordajes quirúrgicos u otros. Se presentan dos casos: el primero asocia iridodiálisis, inversión iridiana y catarata traumática con subluxación, mientras que el segundo presenta una sinequia corneo-iridiana-capsular, catarata traumática y dehiscencia zonular focal.

Técnica quirúrgica: En el primer caso se inicia el abordaje aposicionando el iris con viscoelástico y ganchos de retracción iridiana. Se procede a la cirugía de catarata asistida con ganchos de sujeción capsular y facoemulsificación controlada a bajo flujo. A continuación, se introduce un anillo de Cionni suturado en una escotilla escleral para fijar la dehiscencia zonular que era superior a 4h. Se implanta lente de tres piezas en saco, se realiza una iridiopexia con tres puntos en U e iridoplastia a nivel pupilar con dos puntos sueltos de prolene 10-0 para conseguir un diámetro de 3mm.

El segundo caso se aborda inicialmente con la disección de la sinequia corneo-iridiana-capsular con viscoelástico cohesivo y tijeras de 23G. Se realiza una capsulorrexia con ayuda de tijeras para sobrepasar las zonas de fibrosis. Tras la facoemulsificación se decide introducir un anillo de tensión capsular tras observarse una dehiscencia menor a 4h y una lente de tres piezas en saco capsular. Se completa la cirugía con una iridoplastia con puntos sueltos de prolene 10-0 y toques de endodermia.

Conclusión: La reconstrucción del segmento anterior es un reto quirúrgico en manos expertas ya que cada traumatismo tiene sus particularidades y conlleva un procedimiento quirúrgico individualizado.

V6

USO DE LUZ ACCESORIA

Miriam Camiña Núñez, M.^a Eugenia González Sánchez, Carmen García Borque, Abel Rojo Aragüés

Introducción: Paciente varón de 40 años que presenta un glaucoma agudo que no responde a tratamiento médico.

Técnica quirúrgica: Se decide realizar cirugía de urgencia de sinequiolisis, catarata e iridectomía quirúrgica.

Debido al edema corneal que presenta y que imposibilita ver las estructuras de la cámara anterior con la luz difusa del microscopio, se decide utilizar una luz de vitrectomía utilizando la técnica de dispersión escleral. Conclusión: Esta consiste en enfocar el limbo escleral, ideal para casos con edema córnea, donde se enfoca la córnea sin producir tanta opacidad de medios y favoreciendo la realización de la cirugía.

V7

EL OFTALMÓLOGO ES EL ÚNICO ANIMAL QUE TROPIEZA VARIAS VECES CON LA MISMA ZÓNULA: RASGO DE LA ZÓNULA LARGA

Julio González-Martín Moro, Yolanda Fernández Miguel, María Castro Rebollo, Carlos Izquierdo Rodríguez

Introducción: El rasgo de zónula larga es más frecuente en mujeres de origen africano y se asocia a glaucoma pigmentario debido al roce de la zónula con la superficie anterior rugosa del cristalino. Este rasgo complica la cirugía de catarata y debe sospecharse en pacientes con síndrome de dispersión pigmentaria sin la morfología de cámara anterior propia de este síndrome.

Técnica quirúrgica: Una mujer de raza negra, de 62 años de edad, fue sometida a Faco-esclerectomía profunda no perforante con mitomicina C en su ojo izquierdo por presentar un glaucoma crónico avanzado con progresión y una presión intraocular de 25 mmHg a pesar de seguir tratamiento máximo con cuatro principios activos. Presentaba una cámara anterior de profundidad media y un trabeculum muy pigmentado. Durante la cirugía se evidenció la presencia de ligamentos zonulares que llegan casi al centro de la cristaloides anterior y dificultan la realización de la capsulorrexia, así como un canal de Schelmm intensamente pigmentado.

Conclusión: Ante un síndrome de dispersión pigmentaria atípico, en un paciente que no tenga la morfología de cámara anterior propia de este síndrome debe observarse por retroiluminación el cristalino para detectar en el momento de programar al paciente la posible presencia de ligamentos zonulares largos que pudieran complicar la capsulorrexia.

USO DE LA MATRIZ DE COLÁGENO TUTOPATCH EN CIRUGÍA DE GLAUCOMA

Raquel Maroto Cejudo, Giovanni Yáñez Castro, María Rojo Arnao, Rubén Escudero Igualada

Introducción: La matriz de colágeno Tutopatch® es una matriz colagenosa de pericardio bovino que permite albergar células implicadas en la cicatrización, como los fibroblastos, evitando que emigren hacia los flaps esclerales o dispositivos de drenaje y produzcan fracaso de la cirugía de glaucoma.

Técnica quirúrgica: Presentamos 2 casos clínicos en los que se empleó la matriz de colágeno Tutopatch® en cirugía MIGS de glaucoma, concretamente en implante Preserflo®. El primero de ellos muestra la primera cirugía de un glaucoma no controlado. Tras la disección conjuntival, se aplicaría mitomicina c (0.04mg/ml) durante 4 minutos. Posteriormente, se crearía el túnel escleral y se procedería a la colocación del implante. Tras verificar su filtrado, se realizaría una incisión con cuchillete en la mitad del espesor del Tutopatch®, lugar por donde introduciríamos el extremo distal del Preserflo®. Una vez introducido, se podría o no suturar a esclera, dependiendo de la preferencia del cirujano. Por último, se suturaría la conjuntiva con Nylon de 10/0. El resultado postoperatorio en este caso fue favorable, con buena bajada tensional y sin desarrollar ninguna complicación. El segundo caso se trata de un fracaso de implante Preserflo, encontrando en la revisión una fibrosis importante que ocluía la luz del tubo. Tras liberar el implante, se procede a colocar la matriz Tutopatch®, en este caso suturándola a esclera con Nylon de 10/0. El postoperatorio igualmente cursó de forma favorable hasta el momento actual.

Conclusión: La matriz de colágeno Tutopatch®, podría ser una alternativa válida y segura en cirugía de glaucoma en casos en los que no se pueda disponer de otras matrices colagenosas más ampliamente conocidas y utilizadas.

V9

CIRUGÍA MIGS ELIOS COMBINADA CON FACO-VITRECTOMÍA ASOCIADA A PELADO DE MEMBRANA EPIRETINIANA E IMPLANTE DELENTE TÓRICA: 4 EN 1

Antonio Moreno Valladares, Cristina Blanco Marchite, Antonio Moreno Valladares

Introducción: Las cirugía MIGS trabeculares son cirugías rápidas, ampolla independiente y eficacia hipotensora probada. Presentamos un paciente con antecedente de astigmatismo alto, glaucoma y cirugía de desprendimiento de retina dos años previos, que acude con visión de 0,2 por catarata nuclear dura, PIO de 30 mmHg y membrana epirretiniana (MER). Se decide realizar una cirugía combinada de FACO-VITRECTOMÍA 25G con pelado de MER, implante de lente tórica y trabeculostomía laser Excimer(ELT).

Técnica quirúrgica: En primer lugar se marcaron los meridianos 180 y 90 grados. Bajo anestesia peribulbar se marca el eje del astigmatismo para implantación de la LIO y se coloca la vía de infusión de vitrectomía, la cual se mantuvo abierta durante la facoemulsificación debido al colapso continuo de la cámara anterior al tratarse de un ojo previamente vitrectomizado por cirugía de DR. Al finalizar la FACO se colocan los trocares de 25 G y se realiza VPP con pelado de MER bajo tinción azul trypan. A continuación se comprueba la estanqueidad de las esclerotomías y se implanta la lente tórica posicionada en el eje premarcado. Se eliminan los restos de viscoelástico retrolental, se abre nuevamente la infusión y se amplía el ángulo con viscoelástico. Mediante Sistema ELIOS y bajo visión directa con lente DVX de gonioscopia se aplican 10 impactos de laser excimer de 220 micras a lo largo de la malla trabecular en cuadrante nasal inferior. La cirugía finaliza con eliminación de viscoelástico, cefuroxima intracamerular y presurización de cámara anterior. La AV a las 24 horas era de 0,6 espontánea la PIO de 19 mmHg sin medicación evolucionando favorablemente en el postoperatorio tardío.

Conclusión: En cirugías combinadas vitreoretinianas que además precisan un descenso moderado de la PIO, la ELT mediante sistema ELIOS es una opción terapéutica a tener en cuenta, siendo este caso el primero descrito en el mundo de una cirugía combinada de este tipo.

V10

IMPLANTAR UN XEN A VECES TIENE SUS PECULIARIDADES

Pablo Navarro Martínez, M.^a Teresa Vidal Candela, Belén Elvira Giner, César Azrak Haskour

Introducción: Varón de 87 años intervenido en otro hospital de cataratas y glaucoma en ambos ojos. Desde el 2010 en seguimiento con nosotros por glaucoma crónico simple en estado avanzado, con visiones en ojo derecho de <0.05 y en ojo izquierdo 0.4 y con tensión ocular (TO) < 18 mmHg con brimonidina y travoprost en ambos ojos. En el último año se aprecia discreta progresión en su ojo derecho llegando hasta 30mmHg en su última visita por lo que se propone intervención quirúrgica.

Técnica quirúrgica: Teniendo en cuenta la edad del paciente, su situación basal, su trabeculectomía previa, y su pronóstico visual, se decide poner un implante XEN al ser una cirugía menos invasiva. Para ello nos colocamos temporal al ojo del paciente –según nuestra técnica habitual- y realizamos una paracentesis a las Xh para insertar el manipulador y la incisión de 2mm a las VIIIh para colocar el implante XEN nasal superior evitando la fibrosis conjuntival. En el momento del implante se aprecia como la córnea se desgarró uniendo ambas incisiones, a pesar de lo cual se consigue colocar el XEN suturando posteriormente la herida. El postoperatorio cursa sin incidentes estando la TO entre 14-18 mmHg en los últimos 6 meses y agudeza visual conservada.

Conclusión: Antes de re-intervenir a un paciente se deben buscar a conciencia antiguas incisiones corneales para intentar evitarlas, porque tal y como se aprecia en este paciente, pueden abrirse al manipularlas años más tarde de haber sido realizadas –aunque en este caso no podemos afirmar que aquí existiera alguna, pero si lo damos como causa más probable-. Planificar correctamente los posibles riesgos predecibles de una intervención quirúrgica es fundamental para el éxito de esta a corto y largo plazo.

V11

PERFORACIÓN CONJUNTIVAL PRECOZ POR XEN: REPARACIÓN CON OLOGEN

Álvaro A. Ojeda Parot, Vicente Pérez-Torregrosa, Antonio Duch Samper, Antonio Barreiro Rego

Introducción: XEN® (Allergan, Inc, Irvine, CA, USA) se desarrolla con la finalidad de superar en seguridad a técnicas habituales en la cirugía de glaucoma.

La complicación postquirúrgica precoz mas común es la hipotonía, otras complicaciones como lo es la perforación conjuntival, son menos frecuentes.

Presentamos un caso en el que presenciamos una perforación conjuntival precoz tras una intervención de FACO mas XEN, y su posterior reparación mediante reposicionamiento y recubrimiento con Ologen® (Aeon Astron Europe BV, Leiden, Países bajos), una matriz porosa de colágeno biodegradable que se utiliza como modulador de la cicatrización.

Técnica quirúrgica: Paciente de 77 años, con antecedente de catarata y glaucoma que se interviene mediante FACO XEN y Mitomicina. A las 24 horas obsevamos que la conjuntiva distal había sido perforada por el implante, la tensión ocular era 0 mmHg, no presentaba hipotalamia, pero sí un hifema leve por la hipotonía. Se procede a la reparación quirúrgica inmediata, mediante abordaje conjuntival a 8 mm de la zona de perforación, se realiza una amplia disección de conjuntiva por sobre y bajo el dispositivo, logrando su reposicionamiento, seguido de la introducción de la mitad de un Ologen circular entre la conjuntiva y el XEN, para finalmente cerrar el ojal conjuntival con dos puntos de nylon 10-0 que se retiraron a los 7 días. En las sucesivas visitas mantiene tensiones adecuadas y buen aspecto anatómico de la ampolla.

Conclusión: La perforación conjuntival por implante XEN es una complicación rara pero potencialmente grave. En caso de suceder se debe intervenir precozmente, para evitar complicaciones secundarias a la hipotonía y disminuir el riesgo de complicaciones infecciosas como la endoftalmi-tis y blebitis. En los casos en que el implante tiene un trayecto conjuntival correcto una alternativa es su reposicionamiento y cubrir con Ologen®, que puede favorecer a una correcta cicatrización y formación de la ampolla de filtración.

V12

SALVAR AL SOLDADO I STENT

Giovanni Yáñez Castro, Raquel Maroto Cejudo, María Rojo Arnao, M.^a Ángeles González Garrido

Introducción: Se presenta el caso clínico una implantación dificultosa de un dispositivo trabecular i-Stent inject W (Glaukos®).

Técnica quirúrgica: Tras realizar incisiones y peinado de la conjuntiva (aumentando la presión episcleral para mejor visualización gonioscópica del canal de Schlemm), se llena la cámara anterior con viscoelástico. Se identifica la malla trabecular y se procede a realizar el disparo del primer implante i-stent W, que queda bien colocado en la malla trabecular, pero con la mala suerte que sale a la vez el segundo implante, quedando libre en cámara anterior. Se deberán realizar una serie de maniobras para rescatarlo, volverlo a introducirlo en el inyector y colocarlo de nuevo, al disponer de dos disparos adicionales. Estas imágenes quirúrgicas están intercaladas con escenas de la película "Salvar al Soldado Ryan".

Conclusión: Aunque en determinadas ocasiones haya dificultades a la hora de implantar el dispositivo i-Stent inject W, es posible vencerlas, resultando exitosa la cirugía.

V13

TÉCNICAS DE IMAGEN CON SMARTPHONE EN OFTALMOLOGÍA

Pablo Gili Manzanaro, José C. Martín Rodrigo, M.^a José Palencia Herranz, Elena Sánchez Saiz

Introducción: Los dispositivos de obtención de imágenes en oftalmología son numerosos, y la mayoría de ellos son sofisticados y especializados para partes específicas del ojo. En los últimos años se está explorando la utilidad de los teléfonos inteligentes para obtener imágenes de calidad con aplicaciones en imagen ocular externa, segmento anterior y fondo de ojo.

El objetivo de este video es mostrar los resultados obtenidos con un smartphone y un accesorio adaptador aplicado para las principales técnicas de imagen oftalmológica.

Técnica quirúrgica: Utilizamos un teléfono móvil (iPhone 12) para imagen ocular externa. Adicionalmente empleamos un accesorio adaptador (Adaptador móvil Slokey) acoplado a los distintos equipos de exploración: lámpara de hendidura, equipos de láser y microscopios quirúrgicos. Mostramos los resultados de imagen fija y video en patología ocular externa, imagen con lámpara de hendidura, fondo de ojo e imagen quirúrgica. Analizamos los aspectos clave para acoplar el adaptador y obtener imágenes de calidad.

Conclusión: Las imágenes obtenidas con un smartphone con un sencillo y económico accesorio adaptador permite obtener imágenes y videos de calidad en las principales patologías oculares que afectan a anejos, motilidad ocular, segmento anterior y fondo de ojo. La amplia distribución de los teléfonos y su portabilidad hacen especialmente útil su uso en situaciones de baja movilidad, sitios remotos y situaciones con bajos recursos tecnológicos.

V14

ECLECTICISMO TERAPÉUTICO (ET) PARA LA FIJACIÓN DE PRÓTESIS IRIDIANAS SIN FIBRA EN AUSENCIA DE SOPORTE CAPSULAR

Fernando González del Valle, M.^a José Domínguez Fernández, Agustín Núñez Sánchez, Javier Celis Sánchez

Introducción: La implantación de prótesis de iris artificiales para la corrección de la aniridia puede asociarse a inflamación y glaucoma. Aunque la propia patología ocular que puede indicar este tipo de implantes se asocia con más complicaciones y más necesidad de cirugías posteriores, el implante de iris artificiales con fibra pudiera aumentar la incidencia de estas. Nuestro objetivo es mostrar diferentes posibilidades quirúrgicas siguiendo un ET para el implante de iris artificiales sin fibra (IASF) en ausencia de soporte capsular.

Técnica quirúrgica: Se muestran tres casos de graves traumatismos oculares en los que se implanta IASF. En un varón de 60 años con un síndrome de iris evanescente y luxación del complejo saco-lente intraocular (LIO), se refijó este mediante dos nudos tipo cow-hitch, que sujetaban el háptico de la LIO luxada y otro háptico donante que se introdujo en el complejo saco-LIO. Esto permitió el implante de un IASF sobre el complejo saco-LIO refijado. En un varón de 39 años con afaquia y aniridia se procedió con la siguiente asociación quirúrgica: trasplante de saco cristalino, implante de anillo de tensión capsular, implante de LIO, cerclaje escleral, vitrectomía pars plana y queratoplastia. El saco cristalino donante, refijado mediante cuatro nudos tipo cow hitch, soportó un IASF. Otro varón de 39 años con afaquia y aniridia fue tratado mediante LIO suturada y la sutura de un IASF por cuatro nudos cow hitch ejecutados a través de la pupila artificial.

Conclusión: En los casos de aniridia y afaquia postraumática, determinadas complicaciones pueden estar asociadas al implante de iris artificiales de un mayor grosor por contar con una malla de fibra para poder ser suturada. Debería prevalecer la tendencia de implantar prótesis iridianas artificiales libres de fibra. Un ET y las diferentes técnicas que se proponen podrían ser una alternativa para evitar este tipo de implantes con fibra asociada, incluso en ausencia de soporte capsular.

V15

LENTE FIL SSF PASO A PASO Y MANIOBRAS ÚTILES EN LA REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA

Mario S. Hernández Soto, Ana Montoliu Antón, Sara Mora Saez, Francisco J. Ramos Martí

Introducción: El implante intraescleral con la lente FIL SSF es una de las técnicas quirúrgicas actualmente empleadas en el manejo quirúrgico de la afaquia en ausencia de soporte capsular. Se trata de una lente hidrofílica, de innovador diseño, con fijación escleral, sin suturas y con posicionamiento en el sulcus ciliar. Actualmente es objeto de publicaciones con resultados prometedores.

En el vídeo se expone nuestra experiencia de 2 años implantando la LIO de FIL SSF. Se explica la técnica quirúrgica y recomendaciones a los cirujanos que se inicien en la implantación de la lente, con el fin de acortar la curva de aprendizaje.

Técnica quirúrgica: Se realiza un marcado del eje 0-180° para permitir que los hápticos queden correctamente enfrentados. Se realizan peritomías y cauterización de lecho escleral en el lado nasal y temporal, respectivamente.

Se crean 2 tapetes esclerales de 3x3mm para posicionar los hápticos en forma de "T". Como alternativa se pueden formar 2 bolsillos esclerales de 2mm. Se realizan dos esclerotomías con trócares a 1,5mm del limbo esclero-corneal. Se debe comprobar que la pinza Serrata entre holgadamente por dicha esclerotomía. Se continúa con la implantación de la LIO de FIL SSF, que se inyecta con la mano dominante y pinza en la no dominante, posicionando el primer háptico a través de la esclerotomía, quedando cubierto por el tapete o bolsillo. Se procede a la colocación del segundo háptico. Se suturan los tapetes o bolsillos y conjuntiva con polysorb de 7/0. Se describen en cada uno de los pasos maniobras que pueden resultar útiles en la realización de la técnica o para subsanar dificultades que se puedan ir presentando.

Conclusión: El implante de la lente FIL SSF se ha instaurado como una opción terapéutica en los casos de afaquia quirúrgica, transformándose en una alternativa que está marcando un antes y un después en el tratamiento de la afaquia.

V16

MANEJO MULTIDISCIPLINAR DE UNA CIRUGÍA DE CATARATA COMPLICADA

Beatriz Son Camey, Germán Allendes Urquiza, Purificación Escámez Fernández, Rafael Cañones Zafra

Introducción: Paciente mujer de 75 años, en seguimiento por GCAA en tratamiento con Arteoptic + Latenest. Se realiza cirugía de catarata de OD, que requirió la administración de Manitol intra y post operatorio por expulsiva, se deja en afaquia.

En la revisión postquirúrgica, se identifican algunos restos cristalinos, PIO en 34 mmHg y DC temporal superior. Se realiza, una semana después VPP para extracción de restos cristalinos, para entonces presenta importante edema corneal. Se objetiva DC hemorrágico masivo con DR temporal con desgarro de 2 horas inferotemporal, que se rodean con láser y crioterapia, dejano silicona. Presenta descompensación corneal, por lo que en conjunto los especialistas de Polo Anterior y Retina deciden realizar Queratoplastia Penetrante (QP) y colocación de lente Carlevale.

Técnica quirúrgica: Bajo anestesia general, se realiza trapanacion córnea, con colocación de anillo de sujeción escleral y queratoprótesis que permite realizar colocación de lente Carlevale, aspiración de silicona y se completa fotocoagulación con láser Argón de desgarro infero temporal. Posteriormente se sutura cornea de donante con puntos simples, se realiza intercambio aire-SF6 al 20%, sutura de tapetes esclerales. La paciente evoluciona con el injerto transparente, una membrana fibótica en CA, buen posicionamiento de lente Carlevale y retina aplicada, con PIO en descenso.

Conclusión: Aunque se identifica un descenso en la incidencia de complicaciones de la Cirugía de Cataratas, estas continúan desarrollándose, sobre todo en pacientes con patologías concomitantes como el GCAA, por lo que es importante el seguimiento y manejo oportuno de estos pacientes.

V17

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA MIASTENIA GRAVIS EN EL BOX DE URGENCIAS

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

Introducción: La miastenia gravis es una enfermedad autoinmunitaria en la que se producen distintos anticuerpos que tienen como diana el receptor de acetilcolina en la unión neuromuscular.

El síntoma característico de la enfermedad es la debilidad muscular fluctuante e inducida por el ejercicio, y se pueden distinguir tres formas de afectación: sistémica, bulbar y ocular. La forma ocular más frecuente es la ptosis (bilateral y asimétrica) con o sin diplopía asociada.

La miastenia gravis carece de un criterio diagnóstico estándar, por lo que este se apoya en la clínica y en los hallazgos de cuatro pruebas diagnósticas: la prueba del edrofonio, el estudio del jitter mediante electromiografía de fibra simple (SFEMG), la estimulación nerviosa repetitiva y la determinación de anticuerpos contra el receptor de acetilcolina. Además, existen pruebas que permiten llevar a cabo una aproximación diagnóstica de la miastenia gravis, fáciles de realizar, reproducibles y accesibles desde la consulta de Urgencias. Son el test del frío, de la fatiga, del reposo y del sueño.

Técnica quirúrgica: Se presenta un paciente con una ptosis derecha aislada de dos semanas de evolución, y la clínica típica que hace sospechar una miastenia ocular.

Se realiza, en la consulta de Urgencias, el test del frío, viendo cómo la ptosis se resuelve por completo. Se realiza a continuación el test de la fatiga, viendo cómo se reproduce de nuevo la sintomatología.

Conclusión: El diagnóstico de la miastenia gravis carece de un criterio estándar, y se apoya en distintas pruebas junto con la clínica típica de debilidad muscular fluctuante e inducida por ejercicio. Es importante conocer que en la consulta de Urgencias disponemos de pruebas fáciles de realizar, reproducibles y muy accesibles, como el test del frío o el test de la fatiga, que nos permiten orientar el diagnóstico definitivo de miastenia gravis.

V18

MINIQUERATOPLASTIA BILAMELAR AB-EXTERNO SIN SUTURAS EN PERFORACIÓN CORNEAL TRAS LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2

M.^a Ángeles del Buey Sayas, Paula Casas Pascual, Nuria López Rodríguez, Enrique Mínguez Muro

Introducción: Paciente de 84 años que durante su ingreso en otro centro hospitalario por neumonía bilateral secundaria a infección por SARS-CoV-2, presenta una inflamación ocular severa bilateral que fue tratada con tobramicina/dexametasona (TobraDex®, Alcon) sin valoración ni supervisión por parte de oftalmología. Al alta hospitalaria, 15 días después del ingreso, acude al Servicio de Urgencias de nuestro centro por visión borrosa y opacidad corneal en el ojo derecho. A la exploración presenta perforación corneal en el ojo derecho con incarceration del iris en la herida. Presentamos una novedosa técnica para tratar la perforación corneal con anestesia local y sin suturas: miniqueratoplastia Ab-externo.

Técnica quirúrgica: Realizamos una OCT preoperatoria que muestra un adelgazamiento corneal en un área de 4 mm y el iris incarcerationado en la perforación central de aproximadamente 1 mm. Sobre una lámina de endotelio y estroma de 100 micras de la córnea donante, realizamos una trepanación de 4 mm para un mini DSAEK, y otra de 3 mm a la que retiramos el endotelio. Inyectamos un material viscoelástico por la zona perforada para reponer el iris incarcerationado en la herida, luego introducimos la lámina para DSAEK por la perforación y la fijamos con una inyección de aire en la cámara anterior. Colocamos pegamento biológico en la zona y fijamos la segunda lámina sobre la córnea adelgazada. Cubrimos la zona con adhesivo de fibrina, un parche de doble membrana amniótica de 6 mm y una lente de contacto terapéutica.

La técnica quirúrgica permitió el cierre definitivo de la perforación corneal y la reposición del iris incarcerationado. Conseguimos buenos resultados con una cirugía rápida, sin anestesia general ni suturas. Mostramos los controles postoperatorios del paciente con imágenes y OCT.

Conclusión: La mini queratoplastia bilamelar sin suturas Ab-Externo es una técnica novedosa rápida y eficaz para la perforación de la córnea en pacientes comprometidos.

V19

LO QUE EL CÁUSTICO SE LLEVÓ: RECONSTRUCCIÓN DE ESCLEROMALACIA SEVERA CON TRASPLANTE LIMBOESCLERAL HETERÓLOGO

Eva González Aquino, Óscar Martín Melero, Almudena Moreno Martínez, José M. Granados Centeno

Introducción: Revisar las opciones quirúrgicas para el tratamiento de la necrosis escleral a través de la evolución clínica de una paciente con causticación y escleromalacia severas atendida en nuestro servicio.

Técnica quirúrgica: Presentamos el caso de una paciente que sufrió un accidente laboral con fosfito de potasio resultando en una causticación severa del ojo izquierdo. Dada la gravedad de las lesiones iniciales, consistentes en isquemia limbar 360° y afectación de la conjuntiva de los fondos de saco, se decidió intervenir de urgencias para recubrimiento con membrana amniótica y colocación de anillo de simbléfaron. A pesar de la terapia intensiva tanto tópica como por vía oral, a las 4 semanas la paciente comenzó a desarrollar escleromalacia yuxtalimbar inferior. Se decidió plantear una nueva intervención con trasplante limbo-escleral heterólogo. Tras casi un año de seguimiento de esta paciente, el segundo injerto se mantiene estable y la escleromalacia no ha seguido progresando. En la actualidad la paciente es portadora de una lente de contacto cosmética y presenta buena evolución.

Conclusión: El trasplante limbo-escleral heterólogo se mostró eficaz para el tratamiento de la escleromalacia severa de nuestra paciente.

V20

DSEK EN PERFORACIÓN CORNEAL SECUNDARIA A HYDROPS EN DEGENERACIÓN MARGINAL PELÚCIDA + RESECCIÓN CORNEAL EN CUÑA + SUTURAS DE COMPRESIÓN

Javier Lacorzana Rodríguez, Miguel Diego Alonso, Constantinos Petsoglou, Stephanie Watson

Introducción: las perforaciones corneales son situaciones de extrema gravedad en las cuales muchas veces, un aproximamiento quirúrgico es necesario. Los tratamientos quirúrgicos clásicos son queratoplastia tectónica lamelar anterior, ALTK y queratoplastia penetrante, PK . No obstante, nuevos tratamientos por vía posterior han sido descritos.

Técnica quirúrgica: paciente con perforación corneal secundaria a hydrops en degeneración marginal pelúcida que es manejada mediante resección en cuña del tejido necrótico y con un taponamiento posterior con queratoplastia endotelial con pelado (DSEK) estable.

Conclusión: el tratamiento agudo de una perforación corneal depende principalmente de su tamaño. Las lesiones pequeñas se resuelven con un tratamiento clásico no quirúrgico (pegamento de cianoacrilato o lente de contacto de banda) y para las lesiones grandes se utiliza un tratamiento quirúrgico clásico (ALTK y PK) . También se han descrito otros posibles tratamientos, como los parches de esclerótica o de membrana amniótica. Estos tratamientos quirúrgicos deberían reconsiderarse principalmente por una razón: las suturas. Las suturas pueden causar muchos problemas relacionados con la fusión, la neovascularización, las infecciones e incluso desencadenar nuevos brotes si hay una enfermedad subyacente. Además de todo esto, no se conseguirán buenos resultados visuales hasta la retirada de las suturas debido al astigmatismo inducido. En los casos en los que el tratamiento quirúrgico clásico utilizado fue una PK, puede producirse una mayor tasa de rechazo debido al elevado componente inflamatorio. En estos casos, quizá deba considerarse un abordaje posterior para evitar la alteración de la superficie ocular.

V21

RETIRADA DE SEGMENTOS INTRAESTROMALES + DALK EN PACIENTE CON QUERATOCONO AVANZADO

Nerea Sáenz Madrazo, Almudena Baeza Autillo, Julio R. Ruiz Batres, Nuria Díaz Gutiérrez

Introducción: El implante de anillos intraestromales es una opción quirúrgica en ciertos grados de queratocono que no consiguen una adecuada visión funcional con gafas o lentes de contacto. A pesar de ello, este trastorno ectásico es capaz de seguir progresando hasta el punto de que los anillos dejen de cumplir su objetivo y hacer que la patología sea subsidiaria de un trasplante corneal.

Durante años la queratoplastia penetrante ha sido la única técnica quirúrgica para rehabilitar las córneas ectásicas en este tipo de pacientes. Sin embargo, en los últimos tiempos se han puesto en marcha nuevas modalidades, como la queratoplastia laminar anterior profunda (QPLAP o DALK), capaces de obtener resultados beneficiosos en múltiples aspectos.

Técnica quirúrgica: Tras un primer intento de extracción manual del primer anillo a través de la apertura del túnel que aloja al mismo, se decide realizar la trepanación corneal para conseguir su extracción durante la disección del estroma superficial. Continuando con la disección del mismo se alcanza el punto en el que está alojado el segundo anillo, el cual se extrae junto al propio estroma retirado.

Posteriormente se decide la disección del estroma profundo a través de los propios túneles intraestromales que estuvieron ocupados por los anillos, gracias a las imágenes proporcionadas por la tomografía de coherencia óptica que indican la profundidad de dichos túneles.

Una vez disecado el estroma hasta Descemet se procede a la colocación del botón corneal donante, previamente retirados del mismo endotelio y membrana de Descemet, y su anclaje al rodete corneal receptor mediante sutura con puntos sueltos. Finalmente, se procede a enterrar dichos puntos.

Conclusión: Gracias a la técnica explicada se consigue retirar unos anillos que no cumplían su función. A su vez, se proporciona una modalidad terapéutica como es la QPLAP (DALK) con el fin de resolver el trastorno ectásico con menor tasa de efectos adversos postquirúrgico.

V22

QUERATOPLASTIA SECTORIAL TECTÓNICA CON ESTROMA CORNEAL CONGELADA EN UN CASO DE PERFORACIÓN CORNEAL POR QUERATOPATÍA CRÓNICA

Vicente de Paul Yan Fang, Sara Valdés Álvarez, José Gálvez Olortegui, Ana Señarís González

Introducción: Se presenta el caso de un varón de 42 años, con numerosos antecedentes de úlceras corneales de etiología autoinmune y herpética en ambos ojos. Su único ojo funcional es el derecho, donde presenta una úlcera marginal con descematocele asociado sobre el cual se realizaron recubrimientos con membrana amniótica (MA) con posteriores adelgazamientos y perforaciones recurrentes. En la exploración oftalmológica se objetiva una agudeza visual (AV) en el ojo derecho (OD) de percepción luminosa; En la biomicroscopía se aprecia una microperforación de nueva aparición sobre un adelgazamiento crónico con descematocele asociado; Exploración funduscópica normal. En los controles posteriores se aprecia un aumento del tamaño de la perforación a pesar del tratamiento tópico intensivo. Dados los fracasos previos a la hora de recubrir la perforación con MA, se plantea la opción de realizar una queratoplastia sectorial tectónica con cornea de donante congelada para cubrir la perforación hasta disponer de donantes para realizar una queratoplastia penetrante. Injerto congelado previamente utilizado para trasplante lamelar endotelial.

Técnica quirúrgica: Se realiza, bajo anestesia peribulbar, marcado perilesional de 5 mm y quera-tectomía parcial, trepanación de 5 mm de diámetro del estroma congelado sin endotelio, sutura del injerto mediante puntos sueltos de nylon 10/0 y colocación del lente de contacto terapéutica. Tras la intervención: Se consiguió un sellado completo del defecto, aumento del sustento tisular en la zona deficitaria y posterior epitelización.

Conclusión: La queratoplastia sectorial tectónica con estroma corneal congelado nos permite cubrir defectos perforantes con éxito cuando no disponemos de injertos adecuados, esta medida nos permite reutilizar el estroma sobrante de injertos lamelares endoteliales y se trata de una terapia puente bastante efectiva hasta que dispongamos de injertos adecuados cuando las demás terapias puente fracasan.

V23

ABANICO DE ADVERSIDADES A LAS QUE PODEMOS ENFRENTARNOS ANTE LA RETIRADA DE UN IMPLANTE DE DEXAMETASONA MIGRADO A CÁMARA ANTERIOR

José Gálvez Olortegui, Lucía I. Santana García, Vicente de Paul Yan Fang

Introducción: El implante de dexametasona(ID)es un dispositivo de liberación prolongada intra-vítreo.En ocasiones puede migrar a cámara anterior(CA) a través de comunicaciones anatómicas.

Técnica quirúrgica: Se presenta el reto quirúrgico de explantar un ID migrado a CA en una paciente de 73 años,COVID-19+,pseudofáquica,diagnosticada de panuveitis bilateral y dependiente del ID para reducir brotes inflamatorios en ojo único funcional. El ID se encuentra,43 días tras su inyección,desplazado a tercio inferior de CA,creando una ligera descompensación endotelial secundaria.Se aprecia una capsulotomía posterior centrada y una iridotomía superior, por las cuales pudo migrar el ID.El abordaje quirúrgico propuesto fue realizar una visco-oleada(viscoelástico cohesivo) para arrastrar el ID a la incisión y retirarlo. Al inicio de la cirugía,se observa el ID migrado a espacio retroiridiano supralental.Se realiza una incisión de 2.2 mm (Xhs) y paracentesis de servicio(IIhs), y se atrae a CA con irrigación/aspiración con jeringa, para intentar realizar la “visco-oleada” con varios inconvenientes:friabilidad extrema del ID(más de un mes en cavidad vítrea),tamaño reducido de la incisión principal,impacto de fragmentos en ángulo,pérdida de volumen camerular en paciente con comunicación vítrea por capsulotomía y ligera pseudofacodonesis(podría explicar una migración vía zonular).Se intenta extraer parte del ID con pinza Kelman-McPherson con un resultado infructuoso (previsto según la evidencia disponible).Se finaliza la cirugía con una técnica dudosa pero con resultado satisfactorio,extrayendo todos los fragmentos del ID y recuperando la transparencia corneal.

*Conclusión:*Toda técnica sencilla tiene complicaciones y es necesario un amplio abanico de opciones antes de enfrentarse a cualquier reto quirúrgico.En el caso del ID migrado a CA,es posible que la técnica inicial elegida no fuera suficiente para conseguir un buen resultado y es recomendable conocer otras, en caso de precisarlas.

V24

HEMORRAGIA MACULAR TRAUMÁTICA TRATADA MEDIANTE INYECCIÓN SUBRETINIANA DE ACTIVADOR TISULAR DEL PLASMINÓGENO RECOMINANTE

Luis Alcalde Blanco, Elena Puertas Martínez, Adrián Lodaes Gómez, Daniela X. Rojas Correa

Introducción: Presentamos el caso de un paciente varón de 19 años diagnosticado en Urgencias de hemorragia macular y uveítis anterior postraumáticas en ojo derecho tras agresión hace 4 días. El paciente comenzó con clínica visual horas antes de su llegada a Urgencias, habiendo estado previamente asintomático, y refirió buena agudeza visual (AV) previa por dicho ojo. La AV al diagnóstico fue de 0,2 en escala decimal. En consultas se confirmó el diagnóstico mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) evidenciando una hemorragia subretiniana macular por lo que se ofreció cirugía para tratamiento con inyección subretiniana de activador tisular del plasminógeno recombinante rTPA. El paciente aceptó y se programó el quirófano 10 días más tarde.

Técnica quirúrgica: Se realizó vitrectomía pars plana, inducción de desprendimiento de vítreo posterior con inyección de rTPA submacular e intercambio con aire y hexafluoruro de azufre (SF6) al 20%. Como tratamiento postoperatorio se prescribieron tobramicina y dexametasona tópicos en pauta descendente durante 5 semanas y ciclopentolato tópico durante 10 días, así como reposo con postura en decúbito prono.

Conclusión: Tras el tratamiento y en sucesivas revisiones se produjo la reabsorción de la hemorragia, que permitió observar una rotura coroidea en arcada temporal inferior, que no afectaba al haz papilomacular ni desarrolló neovascularización coroidea. Se produjo una fibrosis inicial submacular que fue reduciéndose de tamaño y tras 3 años de seguimiento la AV se mantuvo en 0,5. La sangre en el espacio subretiniano es tóxica para la retina y su eliminación con rTPA y desplazamiento neumático de la zona macular pueden ayudar a preservar la visión tanto en degeneraciones maculares hemorrágicas como en hemorragias maculares de origen traumático. El factor pronóstico más importante es el tiempo de evolución de la hemorragia, siendo los primeros 14 días la ventana terapéutica más eficaz para el tratamiento.

V25

LO QUE LA HEMORRAGIA ESCONDE

Alicia Alcuaz Alcalaya, Eduardo Pérez-Salvador García, Jorge Monasterio Bel

Introducción: Presentamos el caso de una mujer de 62 años acude a Urgencias de Oftalmología por escotoma móvil de horas de evolución por el ojo derecho (OD) tras crisis hipertensiva tratada por su Médico de Atención Primaria. A la exploración presenta agudeza visual mejor corregida (MAVC) de cuenta dedos a 1 metro, biomicroscopía normal y en la funduscopía hallamos hemorragia vítrea y prerretiniana. En la tomografía de coherencia óptica (OCT) se observa hemovítreo con condensación hiporreflectiva intrarretiniana con densidad hemática. Es diagnosticada de retinopatía hipertensiva y se decide intervención quirúrgica para drenaje de la hemorragia.

Técnica quirúrgica: Se realiza vitrectomía central y periférica 23G consiguiéndose absorción de hemovítreo. Se libera la hialoides posterior pero las 2 hemorragias permanecen. Inyección de RTPA sobre hemorragia más pequeña con punta de silicona sin observarse cambios. Con el reflujo se intenta movilizar la sangre pero sigue estanca. Se sospecha entonces que la hemorragia se encuentre por debajo de la membrana limitante interna (MLI) y se pela la misma. Posteriormente se consigue aspirar la hemorragia inferior y se aborda la hemorragia del área macular, ya teniendo en cuenta que la sangre se encuentra debajo de la MLI también y comenzando el abordaje con pelado de la MLI. Se logra drenar ambas hemorragias. Al mes, la paciente presenta MAVC de 1 y tanto la funduscopía como la OCT son rigurosamente normales.

Conclusión: Es importante la realización de una exploración oftalmológica completa ante cualquier alteración visual. Una anamnesis detallada es imprescindible en la orientación diagnóstica de hemorragias retinianas y la OCT aporta información fundamental su manejo. En nuestro caso fueron necesarias varias maniobras hasta confirmar que la sangre se hallaba por debajo de la MLI, por lo que, la persistencia de hemorragias o coágulos inmóviles y su no dilución con RTPA ha de hacernos sospechar que nos encontremos en esta situación.

V26

REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE WYBURN MASON POR DESPRENDIMIENTO DE RETINA

Purificación Escámez Fernández, Jesús V. Ortiz Castillo, Beatriz Son Camey, Ingrid Rosado Cerro

Introducción: El síndrome de Wyburn-Mason (SWM) se trata de una facomatosis no hereditaria, presente al momento de nacer y cuyo mecanismo fisiopatológico es actualmente desconocido.

Técnica quirúrgica: Consiste en la aparición de malformaciones arteriovenosas (MAV) en sistema nervioso central, retina, órbita y, de manera menos frecuente, nevus cutáneos. En estas MAV, las arterias se unen a las venas directamente, sin un sistema capilar intermedio que mitigue el alto flujo arterial.

Afecta a todas las razas y sexos por igual, siendo casi siempre unilateral. A día de hoy, hay menos de cien casos reportados en toda la literatura.

El caso clínico que se presenta se trata de una paciente con SWM de 42 años en seguimiento debido a una MAV retiniana del ojo derecho. La mujer, con una agudeza visual (AV) basal de 20/50, acudió a urgencias seis veces en un mes por hemovítreos de repetición que resultaban en una AV de percepción de luz.

Ante la persistencia de sangre en cámara vítrea, continuos resanrados y disminución notable de AV, se decidió realizar facoemulsificación + vitrectomía vía pars plana + panfotocoagulación retiniana + bevacizumab intravítreo del ojo afectado, terminando con una AV de 20/32.

Cuatro meses después de la cirugía, la paciente acude de nuevo a urgencias por la aparición súbita de un escotoma en campo visual superior del ojo derecho y es diagnosticada de desprendimiento de retina de tres a seis horas, mácula ON.

Conclusión: En el vídeo, se muestra la cirugía del desprendimiento que consiste en un cerclaje escleral + pelado de membranas fibrosas prerretinianas + fotocoagulación láser 360°.

V27

CIRUGÍA COMBINADA DE CATARATA, GLAUCOMA Y RETINA EN PACIENTE CON VOGH KOYANAGI HARADA

Cristina Gómez Sánchez, Sergio Copete Piqueras, Francisco López Martínez, José G. García García

Introducción: El síndrome de Vogh Koyanagi Harada consiste en una reacción autoinmune contra los melanocitos del estroma coroidal, oído interno, meninges y sistema tegumentario que puede conducir a la ceguera.

Técnica quirúrgica: Presentamos un varón de 20 años con episodios repetidos de uveítis anterior granulomatosa hipertensiva, vitritis y desprendimientos serosos en ambos ojos. Aun con tratamiento hipotensor tópico, corticoterapia e inmunosupresión oral, mostraba bajo cumplimiento y progresión de la enfermedad. En un episodio agudo, acude con una agudeza visual en ojo derecho de cuenta dedos, y en ojo izquierdo de 0.05. En la biomicroscopia anterior aparecía hiperemia mixta severa, edema corneal difuso, seclusión pupilar 360° e iris bombé, precipitados retroqueráticos, Tyndall severo y cataratas maduras en ambos ojos. La presión intraocular (PIO) era superior a 50 mmHg. El fondo de ojo era poco valorable. Tras control de la inflamación y presión intraoculares se programó para cirugía. Se implantó una válvula de Ahmed en el cuadrante supero-temporal a 10 mm de limbo. Posteriormente se realizó sinequiolisis a través de la iridotomía previa y con el uso de retractores de iris para poder llevar a cabo la facoemulsificación e implante de la lente endosacular. Por último, se llevó a cabo la vitrectomía central y periférica a través de la pars plana que descartó desprendimiento de retina pero reveló una fibrosis subretiniana macular. Finalmente se introdujo por la esclerotomía de cuadrante temporal superior el tubo de la válvula en cavidad vítrea y se inyectó un implante de Dexametasona de liberación retardada intravítrea. Actualmente, el paciente cumple con el tratamiento, tiene una visión de 0.1, no muestra signos de recidiva y la PIO máxima desde la intervención ha sido de 12 mmHg sin tratamiento hipotensor.

Conclusión: Se plantea esta triple maniobra en un solo acto quirúrgico como opción terapéutica en pacientes que presentan catarata con cierre angular uveítico.

V28

TÉCNICA DE DRENAJE DE DESPRENDIMIENTO COROIDEO MASIVO “EN KISSING” TRAS HEMORRAGIA SUPRACOROIDEA EXPULSIVA

Jorge Monasterio Bel, Eduardo Pérez-Salvador García, Alicia Alcuaz Alcalaya, Nuria Gajate Paniagua

Introducción: Varón de 84 años con antecedentes personales de glaucoma primario de ángulo abierto avanzado, hipertensión arterial (HTA) y en tratamiento con anticoagulación oral. Durante cirugía de facoemulsificación de catarata de ojo izquierdo (OI) presenta elevada tensión arterial y acto seguido se produce hemorragia expulsiva abortada mediante cierre de la incisión. El paciente queda en afaquia y en la funduscopia y ecografía ocular realizadas tras la cirugía se objetiva desprendimiento coroideo (DC) masivo “en kissing”.

Técnica quirúrgica: Se interviene quirúrgicamente dos semanas después de la cirugía de catarata realizándose drenaje del desprendimiento coroideo hemorrágico. Para ello, después de realizar sin-equiotomía y peritomía conjuntival, se introduce trocar de infusión limbar en cámara anterior. Tras localizar las zonas con mayor cantidad de sangre en el espacio supracoroideo mediante transiluminación, se practican esclerotomías posteriores mediante cuchillete y trocar de 23G después de cauterizar la esclera. Posteriormente se realiza vitrectomía 23 G con introducción de perfluorocarbono líquido (PFCL) e intercambio indirecto posterior líquido-aire-silicona de 5700 cSt. No se drena el DC en su totalidad para evitar que se produzca encarceración retiniana en las esclerotomías. Un mes después de la cirugía el DC se ha resuelto completamente.

Conclusión: La hemorragia supracoroidea expulsiva (HSE) es una de las complicaciones más temidas en la cirugía oftalmológica, afortunadamente su incidencia es muy baja en la facoemulsificación del cristalino. No obstante, se debe tener en cuenta el riesgo de sangrado y otros factores de riesgo como la HTA o la fluctuación de la presión intraocular durante la cirugía para estar preparados ante su aparición. Se recomienda realizar el drenaje del DC entre 10-14 días después de la HSE para permitir la licuefacción de la sangre y la práctica de esclerotomías asociadas a vitrectomía es nuestra técnica de elección.

V29

IMPLANTE DE DEXAMETASONA ANCLADO A ESCLERA

Carlota Salvador Miras, Sergi Moreno Ferrer, Marta Bové Gurí, Carolina Rius Tornés

Introducción: Dar a conocer la técnica quirúrgica de sutura de implante de dexametasona a esclera en pacientes seleccionados que puedan beneficiarse de esta técnica.

Técnica quirúrgica: Se presenta un vídeo en el que se incluyen tres pacientes con complicaciones tras implante de dexametasona intravítreo. Se muestra la técnica quirúrgica que incluye tanto la preparación del implante intravítreo de dexametasona como la inserción intraocular y la sutura a esclera del mismo como técnica en pacientes seleccionados.

Conclusión: Consideramos que, pese a no ser complicaciones muy frecuentes las presentadas en nuestros pacientes, pueden ser evitables con esta sencilla técnica.

V30

RTPA SUBRETINIANO COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN HEMORRAGIA MACULAR MASIVA SECUNDARIA A DMAE NEOVASCULAR

Carla Santalla Castro, David K. Thorburn Carretero, M.^a Luisa Sánchez Pulgarín, Cristina Camarillo Gómez

Introducción: Mujer de 70 años con DMAE neovascular bilateral a tratamiento con intravítreas de aflibercept en pauta bimensual en ambos ojos y respuesta incompleta en ojo derecho (OD).

Su agudeza visual (AV) en OD es 0,7 y en ojo izquierdo (OI) 0,3. Acude por Urgencias 3 días después de inyección por escotoma central fijo en OD.

Su AV es CD a 1m y en la exploración funduscópica se observa gran hemorragia macular que ocupa el polo posterior sin sobrepasar arcadas. En tomografía de coherencia óptica (OCT) se objetiva componente mayoritario hemorrágico subretiniano, y mínimo subepitelio pigmentario de la retina (EPR), por lo que dado que se trata de una paciente joven y su OI tiene peor AV se decide intentar desplazamiento neumático de la hemorragia mediante cirugía.

Técnica quirúrgica: Se realiza vitrectomía (VTM) 25G con inducción de desprendimiento de la hialoides posterior e inyección subretiniana de RTPA 0.25mg/ml mediante cánula de 41g que introducimos a un diámetro de disco bajo arcada temporal superior generando un pequeño desprendimiento buloso que permite el desplazamiento del hematoma hacia cuadrantes inferiores. Se realiza intercambio fluido-aire, con inyección de aflibercept en cámara posterior y para finalizar intercambio aire-SF6 al 20% con sutura de las esclerotomías mediante vicryl 8/0. Se le recomienda a la paciente alternar postura con la cabeza mirando al suelo y postura erguida. El postoperatorio inmediato transcurre sin incidencias y en la revisión del mes presenta AV de 0.16 difícil, con imagen de fibrosis a nivel macular y restos de hemorragia subretiniana paramacular inferior en OD. En la OCT se aprecia desprendimiento del EPR de contenido hiperreflectivo con resolución completa del componente hemático subretiniano a nivel subfoveal.

Conclusión: La VTM con inyección subretiniana de RTPA y taponamiento con gas es una técnica segura y eficaz para el desplazamiento de hemorragias subretinianas agudas secundarias a DMAE neovascular.

V31

AFECTACIÓN OFTALMOLÓGICA VARIADA EN SÍNDROME DE WOLF-HIRSCHHORN

Júlia Bonvín Gómez, Eva M.^a Parra Oviedo

Introducción: El síndrome de Wolf-Hirschhorn es un trastorno genético cuyas manifestaciones más frecuentes son: alteraciones faciales conocidas como "casco de guerrero griego" (microcefalia, puente nasal amplio, cejas arqueadas y micrognatia), retraso del crecimiento, hipotonía muscular y déficit intelectual.

A nivel oftalmológico, el hallazgo más habitual es la catarata.

Técnica quirúrgica: Paciente remitida por sospecha de síndrome de Peters. Se trata de una recién nacida a término, de padres sanos. El embarazo trascurrió sin incidencias hasta la semana 30, cuando se observa crecimiento intrauterino retardado.

En la exploración oftalmológica encontramos: Ojo derecho (OD): Leucoma corneal nasal con neovasos, coloboma iridiano nasal y microesferofaquia con subluxación de cristalino.

Ojo izquierdo (OI): Microftalmia con esclerocórnea.

La ecografía ocular muestra retinas aplicadas y una longitud axial de 15mm en OD y 11mm en OI.

Se realiza lensectomía del OD sin incidencias. Sin embargo, a los dos meses de la cirugía encontramos incremento de la presión intraocular (PIO) en ese ojo (22mmHg que disminuye con tratamiento tópico), manteniéndose la PIO del OI conservada. Tras varios meses de control tensional, la paciente comienza con subida de PIO que no responde a tratamiento médico máximo siendo necesario realizar una trabeculectomía. Actualmente, la PIO del OD está controlada con tratamiento tópico de dorzolamida-timolol.

Recientemente, la paciente ha sido diagnosticada de Síndrome de Wolf- Hirschhorn, confirmado mediante estudio genético.

Conclusión: Se trata de una paciente con diagnóstico de Síndrome de Wolf- Hirschhorn que a nivel oftalmológico presenta una patología variada y diferente entre ambos ojos. En OD encontramos opacificación corneal, microesferofaquia con catarata, y un posterior desarrollo de glaucoma de difícil control. Por su parte, el OI se encuentra afectado de microftalmía con esclerocórnea que precisa prótesis esclerocorneal estética.