

Casos Clínicos y Maniobras Quirúrgicas de interés



CC1

RETINOPATÍA POR RADIACIÓN VS SÍNDROME ISQUÉMICO OCULAR: ¿CÓMO LLEGAR AL DIAGNÓSTICO?

Andrea Aramburu González, Josu Zarrabeitia Carrandi, Cristina Begoña Robles Elejalde, Juan Ramón del Olmo Díaz

Introducción: La retinopatía por radiación (RR) es una complicación del tratamiento con radioterapia. El objetivo es mostrar un caso clínico de difícil diagnóstico, que comenzó simulando un síndrome isquémico ocular (SIO) y terminó con el diagnóstico de retinopatía por radiación (RR).

Caso clínico: Mujer de 54 años que acude a la consulta refiriendo episodios de amaurosis en el ojo derecho desde hacía 1 año. Como antecedente reseñable destacar que padeció un carcinoma de suelo de boca tratado con radioterapia y quimioterapia hacia 3 años. A la exploración, destaca una agudeza visual de 1.0 en ambos ojos, con una presión intraocular ligeramente elevada en ambos ojos (25/29 mmHg). En el fondo de ojo derecho se evidenciaron hemorragias puntiformes y en moneda en polo posterior y retina periférica, con excavación papilar aumentada y la retina periférica con aspecto isquémico, sin evidenciarse neovasos. La angiografía fluoresceínica confirmó la presencia de isquemia retiniana 360° y la presencia de vasculitis retiniana. Se planteó un amplio diagnóstico diferencial con entidades como RR, SIO, retinopatía diabética, obstrucción de vena central de la retina y retinopatía hipertensiva. Se llevaron a cabo pruebas complementarias como un eco-doppler de TSA, que evidenció severa enfermedad aterosclerótica pero presentaba artefactos por placas cálcicas, por lo que se aconsejó realizar un angio-TAC, que mostró trombosis de la arteria carótida interna derecha, siendo permeable el origen de la arteria oftálmica. Se comenzó tratamiento con antiagregantes y estatinas y se realizó fotocoagulación láser retiniana periférica en OD.

Conclusión: La RR es una complicación del tratamiento con radioterapia que hay que tener en mente ante cualquier paciente con afectación visual y antecedente previo de tratamiento radioterápico. Se requiere de un amplio diagnóstico diferencial y realización de estudio sistémico, además de un tratamiento temprano para evitar posibles complicaciones.

CC2

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN LA ENFERMEDAD DE VON HIPPEL-LINDAU: A PROPÓSITO DE UN CASO

Rachid Bouchikh El Jarroudi, Laura Broc Iturralde, Pablo Díaz Aljaro, Nevena Romanic Bubalo

Introducción: La enfermedad de Von Hippel Lindau (VHL) es una enfermedad hereditaria causada por mutaciones germinales en el gen supresor del tumor de VHL con predilección por el sistema nervioso central, incluyendo la retina. Las principales manifestaciones extraoculares incluyen hemangioblastomas cerebelosos/medulares, feocromocitoma y tumores renales.

Caso clínico: Paciente de 28 años que acude a urgencias por mareo, cefalea y pérdida del conocimiento. No se detectan anomalías en la exploración neurológica y se decide pedir un TAC craneal de urgencias ante la sospecha de afectación bulbar y un angioTAC torácico para descartar posible tromboembolismo pulmonar. En los resultados de las pruebas se detecta una masa central en la cisterna cerebelomedular junto a múltiples quistes renales bilaterales y un nódulo adrenal derecho. Ante estos hallazgos se decide solicitar una RM cerebral, una ecografía renal, una SPECT-MIBG-123I y catecolaminas (metanefrinas) en orina de 24 horas, que permiten confirmar el diagnóstico de hemangioblastoma bulbar, poliquistosis renal y feocromocitoma suprarrenal. En este contexto el paciente se diagnostica de enfermedad de VHL y se pide valoración oftalmológica para descartar hemangioma capilar retiniano (HCR). En el fondo de ojo se detecta una masa anaranjada peripapilar con exudación lipídica en forma de estrella y hemorragias retinianas yuxtalesionales en OI, compatible con HCR casual.

Conclusión: El hemangioma HCR es un tumor infrecuente y benigno que puede tener consecuencias visuales graves. Está muy relacionado con la enfermedad de VHL y pueden regresar espontáneamente. El tratamiento va a depender de factores clínicos y anatómicos, e incluye radioterapia plaquetaria, termoterapia transpupilar, terapia fotodinámica, corticoides o antiangiogénicos intraoculares. El cribado oftalmológico en pacientes con VHL es crucial y de vital importancia frente a las implicaciones oftalmológicas y sistémicas.

CC3

MELANOMA DE COROIDES MACULAR: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Anna Bruix Carretero, Javier Elizalde Montagut

Introducción: El melanoma uveal es la tumoración maligna intraocular primaria más frecuente del adulto. Las opciones terapéuticas dependen fundamentalmente de la localización y de los datos morfométricos del tumor. Clásicamente, el melanoma era tratado mediante enucleación, pero las técnicas conservadoras (braquiterapia (BT) epiescleral y la resección tumoral) han conseguido, en muchos casos, controlar adecuadamente la actividad neoplásica intraocular, preservando el globo con visión y sin incrementar el riesgo de diseminación metastásica.

Caso clínico: Mujer de 54 años con agudeza visual en ojo izquierdo de 0'5, metamorfopsia y dolor ocular inespecífico de 1 mes de evolución. En la mácula presenta una lesión melanocítica corioidea clínicamente compatible con melanoma de coroides de pequeño tamaño y fluido subretiniano asociado. Dada la delicada localización de la lesión se opta por realizar una BT epiescleral con Yodo 125, con un plan dosimétrico individualizado para respetar el nervio óptico. A los seis meses se constata un aplanamiento de la lesión y un año después ya no hay signos de actividad tumoral (ausencia de pigmento anaranjado y reabsorción completa del fluido subretiniano), aunque inicia signos de retinopatía por radiación. La paciente presenta una agudeza visual de 0'5, y continúa realizando controles periódicos en nuestra unidad de oncología ocular y por su oncólogo general.

Conclusión: Este caso supone un reto diagnóstico y terapéutico que hemos podido resolver con la experiencia de un equipo multidisciplinario altamente especializado. La BT epiescleral con semillas de yodo 125 representa el tratamiento de primera línea para el control de la enfermedad primaria con la ventaja de que es posible individualizar las curvas de isodosis de la radiación para minimizar los efectos colaterales en tejidos nobles (retina adyacente y nervio óptico).

CC4

MACULOPATÍA POR POPPERS: SERIE DE CASOS

Marta Caminal Caramés, José Ignacio Vela Segarra, Santiago Conversa, Albert Saladrigas Pernias

Introducción: Los Poppers son drogas estimulantes cuyo consumo está aumentando en nuestro medio. Existe la falsa creencia de que es una de las drogas con menos efectos adversos, pero, aunque es raro, hay la posibilidad de que afecte a la visión y que se produzca un daño a nivel macular. Aunque no está clara la incidencia de esta entidad, un 12% de los consumidores refieren una posible afectación visual tras el uso. Es por ello que describiremos la afectación visual en estos pacientes.

Caso clínico: Se presentan tres varones jóvenes, de 23, 25 y 32 años, que acuden de urgencias por escotoma central bilateral y fosfenos, tras el consumo de poppers. El primer paciente refiere un traumatismo en ojo derecho (OD) hace 4 meses. El resto no refieren ningún antecedente patológico ni oftalmológico. La agudeza visual máxima corregida en el primer caso es de 0,05 en OD y 1 en el ojo izquierdo (OI), en el segundo caso es de 0.5 en OD y 0.6 en OI, mientras que en el tercer caso es de 0.9 en OD y 1 en OI. En los dos primeros casos destaca en la exploración, una lesión amarillenta foveal en el fondo de ojo, siendo la exploración normal en el último paciente. En la tomografía de coherencia óptica (OCT) se aprecia, en los tres casos, una disrupción en la capa de elipsoides. De esta manera, se establece el diagnóstico de maculopatía por poppers.

Conclusión: La maculopatía por poppers es una entidad rara, que tenemos que considerar cuando un paciente acude por presentar un escotoma central, visión borrosa o fosfenos, tras el consumo de esta sustancia. Es mandatorio realizar un fondo de ojo, que puede ser normal o presentar una lesión amarillenta foveal, así como una OCT en la que encontraremos una disrupción en la capa de elipsoides. El diagnóstico diferencial debe realizarse con la maculopatía solar. Cabe destacar la importancia no solo conocer esta enfermedad, sino también realizar una buena anamnesis, ya que el antecedente de consumo resultará clave para un diagnóstico precoz.

CC5

BUCLES VASCULARES PREPAPILARES

Óscar Febrero Fernández, Pablo Gili Manzanaro, Belén Alemany Benayas, Esther Cerdán Hernández

Introducción: El bucle vascular prepapilar (BV) es una anomalía congénita que tiene su origen en una rama de la arteria o vena central de la retina, generalmente localizada a nivel del disco óptico o su vecindad inmediata y que se proyecta a una distancia variable en el humor vítreo.

Esta anomalía vascular se puede dividir en seis tipos según la ubicación, morfología y tracción vitreoretiniana acompañante.

Realizamos una revisión retrospectiva de los BV diagnosticados en nuestro centro, analizando la morfología, origen vascular, sintomatología y antecedentes personales.

Casos clínicos: Incluimos 4 casos de BV en tres mujeres de 72, 73 y 41 años respectivamente. Se realizaron retinografías a color y tomografía de coherencia óptica (OCT) en todos los pacientes. Todos los casos se clasificaron como BV tipo IV (asa vascular prepapilar en forma de 8), tres de ellos de origen venoso. Todos los casos eran asintomáticos, salvo uno de ellos, en el que el asa vascular alcanzaba mayor distancia en la cavidad vítrea, que presentaba clínica en forma de miodesopsias. La mayoría de los casos no presentaban antecedentes oftalmológicos de interés, salvo el caso con afectación bilateral que presentaba una miopía magna con membrana neovascular miópica asociada.

Conclusión: El BV es una anomalía vascular congénita, generalmente asintomática, diagnosticada como hallazgo ocular casual en la exploración rutinaria de fondo de ojo y sin asociación vascular sistémica conocida. En nuestra serie habitualmente son unilaterales y de origen venoso. Las complicaciones son muy poco frecuentes, aunque dentro de ellas la más común es la hemorragia vítrea con resolución espontánea en la mayoría de los casos.

CC6

ENDOFTALMITIS BILATERAL TRAS CIRUGÍA DE CATARATAS BILATERAL SIMULTÁNEA. VITRECTOMÍA PRECOZ: NUESTRA EXPERIENCIA

Daniel de la Fuente Gómez, Raquel Amigo Gamero, Jesús Conejero Arrollo

Introducción: La endoftalmitis infecciosa tras cirugía de cataratas es una de las complicaciones más temidas por sus graves secuelas. Sigue siendo motivo de controversia cuándo es el momento más apropiado para realizar una vitrectomía posterior terapéutica. La práctica de Cirugía de Cataratas Bilateral Simultánea (CCBS) es cada vez más común en nuestro medio, si bien los casos comunicados de endoftalmitis bilateral tras esta práctica son escasos.

Caso clínico: Paciente sometido a CCBS que tras 5 días de la misma acude a Urgencias presentando un cuadro de endoftalmitis aguda en su ojo derecho (OD). En el momento del diagnóstico presenta ya una opacidad corneal severa que impide la realización de vitrectomía urgente y es tratado con antibioterapia intravítrea e intravenosa, cursando ingreso hospitalario. A las 24 horas, presenta signos de infección en ojo izquierdo (OI), con ocupación vítrea y reacción inflamatoria en cámara anterior. Se realiza inyección intravítrea de vancomicina y ceftazidima pero, tras su empeoramiento, a las 12 horas se realiza vitrectomía terapéutica urgente. El vídeo quirúrgico muestra la ocupación vítrea, así como una afectación retiniana moderada en el ojo izquierdo. Las imágenes postoperatorias de los 3 meses de seguimiento realizados, muestran la evolución de ambos ojos, alcanzando una agudeza visual de 20/20 en OI y dudosa percepción de luz en OD.

Conclusión: Cada vez son más los cirujanos que abogan por una actitud proactiva y una cirugía precoz en los casos de endoftalmitis tras cirugía de catarata. En el caso presentado, tras la evolución hiperaguda de la infección en el OD, la decisión de una cirugía precoz en el ojo adelfo, sin esperar al resultado del tratamiento médico, nos permitió obtener un resultado satisfactorio.

CC7

¿PUEDEN LAS INYECCIONES INTRAVÍTREAS ANTI-VEGF PRODUCIR DISFUNCIÓN RENAL? CASO CLÍNICO Y REVISIÓN

Nerea Gangoitia Gorrotxategi, Iñigo Salmerón Garmendia, Alejandro Dávila Flores, Ana Jiménez Alonso

Introducción: Las inyecciones intravítreas de inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular (anti-VEGF) parecen ser seguras y eficaces, pero cabe la posibilidad de que se absorban a nivel sistémico y producir efectos adversos renales.

Caso clínico: Mujer de 67 años con retinopatía diabética proliferante tratada previamente con Avastin®, Lucentis® y panfotocoagulación en ambos ojos. Ante el mal control del edema macular diabético, se decide cambio a Eylea®. Tras 16 inyecciones entre ambos ojos en 10 meses, la paciente presenta deterioro de la función renal con proteinuria en rango nefrótico e ingresa en Nefrología. Ante la diabetes de larga evolución con mal control con múltiples factores de riesgo cardiovascular y el inicio de un nuevo anti-VEGF intravítreo, Nefrología sugiere optimizar el tratamiento sistémico y suspender Eylea® por presuponerse como factor precipitante o acelerador del deterioro renal. Actualmente la paciente está en diálisis y con implantes de Ozurdex®.

Las inyecciones intravítreas de anti-VEGF previenen la unión del VEGF con sus receptores en las células endoteliales retinianas, interrumpiendo la neovascularización y mejorando la permeabilidad de los vasos existentes. Pero a su vez, también lo hacen en las células endoteliales renales, causando proteinuria, hipertensión, microangiopatía trombótica... Estos efectos adversos pueden aparecer en días/semanas posteriores a la última inyección y en la mayoría de los pacientes existe historia previa de disfunción renal y/o hipertensión. Aunque este riesgo parece ser bajo, no se debe subestimar, ya que son millones los pacientes que se benefician de estos fármacos.

Conclusión: Actualmente no existe evidencia científica clara que demuestre la relación entre los anti-VEGF y los efectos adversos renales. No obstante, los oftalmólogos debemos ser conscientes de los mismos y derivar al nefrólogo ante cualquier sospecha, además de notificarlo al sistema de farmacovigilancia de medicamentos.

CC8

¿CRISTALINO SUBCONJUNTIVAL?: ESTALLIDO OCULAR AUTOSELLADO

Ángela Hernández Tejero, Araceli Chacón Garcés, Belén Fernández Carrillo, Esther Jiménez Morcuende

Introducción: El traumatismo ocular es, después de las cataratas, la causa más frecuente de trastorno visual monocular. En el caso de traumatismos penetrantes la prioridad es el cierre primario del globo ocular con posterior control de daños. Hay que tener en cuenta que en el 8% de los traumatismos oculares cerrados se dan pobres resultados visuales finales, mientras que en el 55% de los traumatismos oculares a globo abierto las AVs suelen ser mucho peores.

Caso clínico: Paciente de 90 años que acude a urgencias por visión borrosa OD desde hace un mes tras traumatismo ocular con una barra de hierro

AVsc

- OD: MM

- OI: CD a 1 m

BMC: córnea transparente, CA formada, corectopia pupilar superior, afaquia con presencia de masa subconjuntival en región NS que parece corresponder al cristalino. Hemovitreo anterior hebras vítreas que se dirigen hacia herida incisocontusa en esclera superior, paralela a limbo aprox de XI a II.

FO: RAP hasta donde puede verse Previa disección subconjuntival y extracción de cristalino NS se procede a comprobación del estado de la esclera en herida de salida a 3 mm del limbo en cuadrante NS (de X a II) no precisando sutura por lo que se procede a vitrectomía anterior y VPP con visualización de RAP, retina ecuatorial 360° con cambios pigmentarios llamativos secundarios a conmotio retinae con aparente respeto de polo posterior por lo que se descarta laser. Se intenta colocar IOL anclada a esclera por técnica GOSSIP sin conseguirlo con éxito por lo que se decide colocación de lente Artisan prepupilar de manera diferida.

Conclusión: La cirugía en estos casos complicados suele ser un reto quirúrgico para el cirujano, que tiene que tener en cuenta muchos factores como la edad, etiología de la lesión, tiempo entre el traumatismo ocular y la cirugía, la cirugía propiamente dicha y la zona y tipo de lesión, que pueden influir en el resultado visual final del paciente.

CC9

FOTOTRAUMATISMO RETINIANO: SERIE DE 8 CASOS CLÍNICOS

Carmen Ila Ráez, Víctor Mallén Gracia, Juan Pinilla, Nelson Arturo Rodríguez Marco

Introducción: La afectación retiniana por fototoxicidad aparece en pacientes cuya fovea ha estado expuesta durante un tiempo prologando a una fuente lumínica intensa.

Está relacionada no sólo con la intensidad y el tiempo de exposición sino también con la longitud de onda de la fuente lumínica. Clínicamente se caracteriza por una lesión amarillenta a nivel foveal, defecto ventana en angiografía fluoresceínica y escotoma central o paracentral que puede disminuir a lo largo de unos meses recuperando el paciente parte de la visión perdida.

Casos clínicos: Se presentan 8 casos clínicos de pacientes que consultan por sintomatología de visión borrosa, escotoma central o sensación de pérdida de agudeza visual, realizándose exploración oftalmológica, tomografía computerizada ocular y angiografía fluoresceínica. Se objetivan lesiones retinianas foveo-maculares que se asocian a toxicidad inducida por diversas fuentes de luz como radiación ultravioleta, punteros láser y luces de xenón.

Conclusión: La maculopatía fototóxica es una lesión fotoquímica y térmica de la retina caracterizada por afectar a las capas más externas de ésta. Es importante destacar que en la mitad de los casos la lesión foveal no se puede apreciar oftalmoscópicamente pese a existir una clínica manifiesta por lo que las pruebas complementarias comentadas con anterioridad y, en especial la tomografía computerizada ocular, son herramientas imprescindibles para verificar, caracterizar y realizar un correcto seguimiento de la afectación retiniana. La educación de la sociedad, la prevención y profilaxis en las intervenciones quirúrgicas, usando la mínima intensidad de luz posible e incluso, la publicación y difusión de las distintas fuentes lumínicas dañinas, entre ellas, los punteros láser que tanto daño pueden generar y que están al alcance de todos, son objetivos que deben formar parte de la práctica clínica diaria del oftalmólogo.

CC10

RETINOPATÍA HIPERTENSIVA UNILATERAL CON EDEMA MACULAR INDUCIDA POR CONSUMO DE COCAÍNA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Bárbara Juan Ribelles, Julio Pérez Zaballos, Raquel Burggraaf de las Matas

Introducción: La hipertensión maligna se define como un aumento súbito de presión arterial que asocia retinopatía hipertensiva avanzada, típicamente bilateral. Los mecanismos de autorregulación son insuficientes y se produce disfunción endotelial con hiperpermeabilidad vascular. En pacientes jóvenes sin antecedentes pensaremos en trastornos autoinmunes, endocrinológicos o en consumo de estupefacientes.

Caso clínico: Un varón de 36 años sin antecedentes acude a urgencias por pérdida brusca de visión en ojo derecho (OD) tras consumo de 0,5 gramos de cocaína 36 horas antes. Presenta agudeza visual (AV) de 0,05 en OD y 1 en ojo izquierdo (OI), reacciones pupilares normales, y polo anterior y fondo de ojo (FO) de OI sin alteraciones. En el FO de OD se observa papila con hemorragias en llama, marcada tortuosidad venosa, hemorragias difusas en punto-mancha, sub-limitante interna y gran hemorragia subhialoidea nasal. La tomografía de coherencia óptica (OCT) mostró edema macular (EM) severo. El estudio sistémico incluyó análisis de orina, hemograma, estudio de coagulación y frotis sanguíneo, TC cerebral, ECG y presión arterial (142/90 mmHg), sin hallazgos significativos salvo la presencia de cocaína en orina. Se establece diagnóstico de retinopatía hipertensiva con EM secundaria a cocaína. Se administró una dosis de Aflibercept intravítreo en OD, con resolución completa del EM y mínimo defecto de fotorreceptores (FR) residual que permitió AV final de 0,8 en la semana 3, y reabsorción progresiva de las hemorragias.

Conclusión: Aunque la retinopatía hipertensiva es típicamente bilateral, la unilateralidad no excluye el diagnóstico. Los signos se resuelven espontáneamente restaurando la tensión arterial, con un pronóstico variable, dependiendo de la presencia de EM y de defectos en la capa de FR. Se ha descrito resolución acelerada del EM con el uso de Bevacizumab intravítreo. Se propone el uso de dosis única de anti-VEGF para evitar defectos estructurales significativos.

CC11

HEMORRAGIA MACULAR ATRIBUIDA A LA EXPOSICIÓN ACCIDENTAL A LUZ DE LÁSER RECREACIONAL

Begoña López Pérez, Javier Navarrete Sanchís, Dana Sweis Dahleh, Sonia Ferrer Guillén

Introducción: La exposición accidental a luz láser puede provocar distintas lesiones oculares, pero en esta última década es cuando se ha relacionado con la aparición de hemorragias maculares. Aunque el mecanismo exacto de esas lesiones se desconoce y no se puede descartar la presencia de otros factores concurrentes, los pacientes suelen relacionar la pérdida de visión con la exposición. Presentamos el caso de un paciente con hemorragia macular, atribuida a la exposición de una luz láser en el interior de una discoteca. Así mismo, basándonos en los hallazgos de nuestro caso, realizamos un análisis de los posibles mecanismos etiopatogénicos y establecemos un algoritmo terapéutico.

Caso clínico: Varón de 21 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias de oftalmología por presentar una pérdida brusca de visión en ojo izquierdo (OI). El paciente atribuye esa pérdida de visión a la exposición accidental a una luz láser en una sala recreativa y niega haber consumido sustancias, a excepción de la ingesta de bebidas energéticas y cannabis. A la exploración, la visión era de 0,9 en ojo derecho (OD) y percepción luz en OI. No se apreciaron alteraciones en la exploración del segmento anterior OI. Sin embargo, se observó una hemorragia macular extensa en OI que justificaba su pérdida visual. Tras no percibir reducción de la lesión en el plazo de dos semanas se decide realizar tratamiento quirúrgico, donde se evidencia que la hemorragia se localiza bajo la membrana limitante interna. La recuperación visual fue completa a las dos semanas de la intervención, no apreciando secuelas morfológicas en el seguimiento posterior.

Conclusión: Aunque no existen hasta la fecha signos clínicos ni morfológicos que puedan establecer una relación causa-efecto entre la exposición accidental a la luz láser y la aparición de hemorragias maculares, no podemos descartar su participación en el mecanismo etiopatogénico de la lesión. El manejo terapéutico es individualizado.

CC12

RESOLUCIÓN ESPONTÁNEA DE UNA MEMBRANA EPIRETINIANA IDIOPÁTICA

Suhil Miró

Introducción: La membrana epirretiniana (MER) es una organización fibrocelular que crece sobre la cara interna de la retina. Se han descrito casos de origen idiopático o primario y casos secundarios o considerados como complicación de otros procesos subyacentes como uveítis, alteraciones vasculares de retina, desprendimiento de vítreo o desgarros retinianos entre otras causas.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de MER con resolución espontánea tras desprendimiento de vítreo posterior (DVP). Revisamos en consulta a un varón de 59 años con antecedentes de queratitis herpética de repetición y sensación subjetiva de disminución de agudeza visual (AV) de forma progresiva en las últimas semanas asociada a miodesopsias. En la exploración, su mejor AV era de 0,8 en el ojo derecho (OD) y 1 en el ojo izquierdo. En el fondo de ojo del OD, se observó maculopatía en celofán y un desgarro operculado que fue rodeado con láser argón el mismo día. En la tomografía de coherencia óptica (OCT), se observó engrosamiento y aumento de reflectancia de la capa interna de la retina sin evidente tracción y agujero lamelar con conservando buen aspecto de las capas externas.

Dado que el paciente no tenía antecedentes claros de una MER secundaria fue diagnosticado de MER idiopática y se decidió seguimiento en consulta por la buena agudeza visual, ausencia de metamorfopsias y nula afectación en sus actividades de la vida diaria. Tras varias revisiones, el paciente conservaba su AV a pesar de ligero empeoramiento del perfil foveal. En la última revisión rutinaria, a los 2 años del proceso inicial, se diagnosticó de DVP en ese ojo y en la OCT mostró desaparición de la MER con resolución del agujero lamelar siendo su mejor AV de 1.

Conclusión: La MER es una enfermedad que aparece en jóvenes mayores de 50 años. El curso de la enfermedad puede ser benigno en muchas ocasiones, y el manejo conservador debe ser una de las opciones prioritarias si no hay mucha afectación de la AV.

CC13

ALTERACIONES VASCULARES RETINIANAS PERIFÉRICAS, ¿QUÉ HACEMOS?

Almudena Moreno Martínez, Sergio Copete Piqueras, Cristina Blanco Marchite, Francisco López Martínez

Introducción: Los tumores vasoproliferativos de la retina son lesiones retinianas benignas poco frecuentes de composición gliovascular. El diagnóstico diferencial se debe realizar con los hemangiomas retinianos de la enfermedad de von Hippel-Lindau, el melanoma coroideo amelanótico y metástasis oculares. El tratamiento se debe efectuar en aquellos casos que presenten alteraciones que puedan comprometer la visión.

Caso clínico: Presentamos un paciente de 16 años que refiere alteración del campo visual y epífora en el ojo derecho (OD) sin asociar antecedentes oftalmológicos de interés.

La exploración oftalmológica objetivó una Mejor Agudeza Visual Corregida (MAVC) de 0.8 en el OD y de 1 en el ojo izquierdo (OI) con presencia múltiples telangiectasias con hemorragias en zona temporal periférica y exudados duros hacia el polo posterior del fondo de OD, sin otros signos inflamatorios. La tomografía de coherencia óptica (OCT) descartó afectación foveal. La angiografía con fluoresceína reveló una lesión muy vascularizada con hiperfluorescencia precoz que aumentaba de forma progresiva en fases tardías, y teleangiectasias periféricas, diagnosticando al paciente de tumor vasoproliferativo (TVP).

Debido a las alteraciones visuales, se decide iniciar tratamiento combinado con inyecciones intravítreas con antiangiogénicos y fotocoagulación con láser en periferia y en vasos aferentes y eferentes. 6 meses más tarde tras el inicio del tratamiento, la AV del OD mejoró a 1, se observó resolución casi completa del TVP y de los exudados duros con un adelgazamiento progresivo de las capas externas de la retina entre los hallazgos tomográficos. Tras el último seguimiento, 24 meses tras el inicio del tratamiento, la AV permaneció en 1, no existen signos de actividad y la actitud terapéutica es expectante.

Conclusión: Los TVP son crecimientos retinianos benignos poco frecuentes que deben ser tratados cuando asocien alteraciones que puedan comprometer la visión.

CC14

AFAQUIA POSTRAUMÁTICA. RESOLUCIÓN CON TÉCNICA DE YAMANE MODIFICADA

María Victoria Navarro Abellán, María Reyes Retamero Sánchez, Carmen Miquel López, Juan José Zafra Pérez

Introducción: La afaquia postraumática sin sostén capsular tras traumatismo no perforante es una urgencia oftalmológica y un reto quirúrgico. En pacientes afáquicos sin sostén capsular se considera la fijación de lentes a esclera con Técnica Yamane. Presentamos un caso clínico de varón 60 años que recibe traumatismo no perforante en ojo izquierdo, presenta agudeza visual de 0.05 y refracción de 13D, en fondo de ojo se observa el complejo cristalino-saco.

Técnica quirúrgica: Anestesia peribulbar. Periotomía conjuntival 360°. Vitrectomía posterior vía pars plana (VPP) con trócares de 23G. Utilizamos perfluorocarbono para reflotar cristalino y no dañar retina. Realizamos la facofragmentación del cristalino. Marcamos 2 puntos limbares 180°, hacemos 2 paracentesis y una incisión principal. Inserción de LIO con inyector, segundo háptico reposando en incisión principal. Esclerectomía mediante aguja 30G, se crea un trayecto paralelo a 2mm de limbo. Ambos hápticos se tutorizan a través de la aguja sujetando el extremo distal del háptico con una micropinza. Anclaje lente intraocular a esclera con técnica de Yamane modificada, exteriorizamos y cauterizamos ambos hápticos sin tener que suturar. Retiramos trocares y comprobamos estanqueidad y estabilidad de la lente. Suturamos conjuntiva.

Conclusión: Ante un traumatismo contuso ocular con luxación de complejo cristalino-saco, la técnica de Yamane, resulta segura y efectiva con buenos resultados. La técnica de Yamane modificada no requiere uso de suturas para el sostén de la lente intraocular, es menos invasiva y requiere un menor tiempo quirúrgico. La fijación escleral de lentes de cámara posterior tiene ventajas: reduce el riesgo de bloqueo pupilar, iritis crónica, descompensación endotelial e hipertensión ocular crónica.

CC15

MACULOPATÍA POR POPPER: UNA SERIE DE CASOS EN EL PAÍS VASCO

Juan Ramón del Olmo Díaz, Loiola Prieto Barturen, Sofía Mascareñas Pazos, Pedro Fernández Avellaneda

Introducción: Describir la patogenia, las características clínicas, la imagen de OCT, el diagnóstico diferencial y el manejo de la maculopatía por popper.

Casos clínicos: Presentación de los cuatro primeros casos clínicos diagnosticados en nuestro hospital y su seguimiento durante 2 años. Revisión de la bibliografía y los diferentes casos descritos. Cuatro hombres con edades comprendidas entre los 22 y 47 años consultan en la urgencia de oftalmología de nuestro hospital por visión borrosa central en ambos ojos de unos 5-10 días de evolución, reconociendo todos ellos el consumo reciente de popper. En los cuatro casos la agudeza visual está conservada, la exploración con biomicroscopía y fondo de ojo es normal, salvo en uno de los casos que se aprecia una alteración foveal amarillenta bilateral. La imagen de tomografía de coherencia óptica (OCT) revela una disrupción de la zona de interdigitaciones del epitelio pigmentario de la retina y de la capa de elipsoides bilateral y simétrica, salvo en uno de los casos donde la afectación es mayor en un ojo. El resto de las pruebas complementarias no revelan alteraciones. Se insiste en la importancia del cese del consumo y se citan para seguimiento. La evolución es similar en tres de los casos, observándose una desaparición de los síntomas y restauración completa de las capas en la OCT en un intervalo de 6-8 meses. Uno de los casos no volvió a acudir a las citas de seguimiento.

Conclusión: La maculopatía por popper es una patología en aumento, por lo que debemos estar atentos para diagnosticarla. Aunque la exploración sea normal, debemos realizar una OCT ante la mínima sospecha clínica. Es importante reforzar el mensaje del cese del consumo para que las lesiones no avancen.

CC16

DIAGNÓSTICO DE VÁLVULA BICÚSPIDE TRAS PAMM: ¿ORIGEN O HALLAZGO INCIDENTAL?

Juan J. Prados Carmona, José Ignacio Fernández Choquet de Isla, Marta Villalba González, José Manuel Sánchez Guerrero

Introducción: Descripción de un caso clínico de escotoma visual de aparición súbita en una paciente joven por lo demás sana finalmente diagnosticada de isquemia retiniana por Maculopatía Media Paracentral Aguda (PAMM).

Caso clínico: Seguimiento de un caso de PAMM, caracterizando su afectación en el diagnóstico inicial y en el tiempo posterior mediante exploraciones e imagen multimodal. Se realizaron sucesivas visitas durante 2 años valorando los cambios evolutivos de la patología y su correlación clínica. La cronificación del daño isquémico acaba por inducir atrofia en el área retiniana afecta con el correspondiente escotoma visual negativo persistente. El estudio sistémico arrojó luz sobre los posibles factores etiológicos o predisponentes remarcando la identificación de una válvula aórtica bicúspide así como el consumo de anticonceptivos orales, ambos hallazgos con potencial trombogénico conocido.

Adicionalmente se indaga en la fisiopatología de la PAMM, sus implicaciones sistémicas, así como se referencia a casos previos y detalles de interés extraídos de la bibliografía.

Conclusión: La baja incidencia junto con la normalidad del examen oftalmológico general hacen de la PAMM todo un reto diagnóstico, cuya relevancia se incrementa debido a su potencial compromiso y comorbilidades sistémicas. Las pruebas de imagen multimodal serán pieza clave para su correcta identificación, y en última instancia el examen orgánico mediante la integración con otros especialistas permiten el manejo integral de los pacientes con PAMM.

CC17

EDEMA MACULAR BILATERAL RESUELTO CON ÉXITO SECUNDARIO A TOXICIDAD POR TOPIRAMATO

María Rodríguez Sánchez, Sonia Labrador Velandia, Mirlibeth Loreto Carrero, Andrea Jiménez Ruiz

Introducción: El topiramato es un fármaco que se usa ampliamente, sin embargo, su toxicidad puede producir efectos adversos oculares. Describimos el caso clínico de un paciente en tratamiento crónico con topiramato quien desarrolla un edema macular bilateral.

Caso clínico: Varón de 57 años de edad con antecedente de dolor crónico secundario a artrosis y en tratamiento con topiramato desde hace 12 años, que acude a oftalmología refiriendo disminución de agudeza visual. En la exploración oftalmológica presenta agudeza visual(AV) de 0.2 en ojo derecho(OD) y 0.4 en ojo izquierdo(OI). La presión ocular(PIO) en ambos ojos(AO) y la biomicroscopia de polo anterior(BPA) era normal. En el fondo de ojo(FO) de AO se observa la presencia de edema macular cistoide(EMC) y alteración del epitelio pigmentario de la retina(EPR). En la tomografía de coherencia óptica(OCT) destaca grosor central en OD de 513 μ m y en OI de 436 μ m. Fue tratado con inyección intravítrea de ranibizumab sin éxito. Tras el fracaso terapéutico, se pauta implante intravítreo de dexametasona, que resolvió completamente el EMC.

La impresión diagnóstica fue sospecha de toxicidad por topiramato, por lo que se retira el fármaco. Actualmente el paciente no ha presentado más episodios de EMC.

Conclusión: Entre los efectos adversos oculares que puede producir el topiramato, destaca la inducción de la miopía aguda y el glaucoma secundario de ángulo cerrado. El EMC sólo ha sido descrito una vez por DaCosta J, et al. El mecanismo por el cual el topiramato puede causar maculopatía sigue siendo incierto.

En nuestro caso, la presencia de una clínica atípica nos retrasó la sospecha de toxicidad por topiramato, pero la buena respuesta al implante de dexametasona intravítreo, sugiere un mecanismo inflamatorio. Los oftalmólogos deberían alertar de la pérdida visual sintomática en pacientes tratados con topiramato para evitar una irreversible pérdida de agudeza visual.

CC18

TAPÓN ESCLERAL PARA EL TRATAMIENTO DE FOSETA ÓPTICA RESISTENTE A TRATAMIENTO

Cristóbal Rosenberg Pacareu, Josep María Caminal Mitjana, Mauricio Kuzmuk Boric, Joel Roura Turet

Introducción: La foseta óptica es un defecto producido por falla del cierre de la fisura fetal durante la embriogénesis. Normalmente son excavaciones grisáceas, ovoideas unilaterales, solitarias en cuadrante inferotemporal que causan defectos en campo visual y/o baja agudeza visual según el grado de afectación de la retina adyacente en forma de esquisis de las capas retinianas, desprendimiento de retina o edema macular.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente varón de 47 años que consulto por desprendimiento regmatógeno en ojo derecho en el cual se realizó vitrectomía sin incidencias. En el control sucesivo acusa pérdida de agudeza visual en ojo contralateral presentando un edema macular asociado a una foseta óptica. Se realizó tratamiento mediante fotocoagulación con láser argón sectorial con mala respuesta al control sucesivo, en el que apareció un marcado desprendimiento neurosensorial. Como segunda opción se realizó vitrectomía via pars plana más flap invertido de membrana limitante interna y taponamiento con SF6 al 20%. Sin embargo, en el seguimiento se objetivó un empeoramiento del desprendimiento seroso. Finalmente se indicó una nueva vitrectomía via pars plana con taponamiento de la foseta óptica mediante un botón escleral autólogo y SF6% al 20%. Finalmente, en el seguimiento el paciente ha experimentado una mejoría tanto clínica como anatómica de su proceso.

Conclusión: En el manejo de la foseta óptica, la utilización de un tapón escleral autólogo, constituye una técnica quirúrgica de complejidad moderada con la que podemos obtener un buen resultado clínico y anatómico, y que deberíamos considerar en aquellos casos que no responder al tratamiento convencional.

CC19

TERAPIA ANTIANGIOGÉNICA PARA LA RETINOSIS PIGMENTARIA COMPLICADA CON EXUDACIÓN TIPO COATS

Ignacio Salvador Miras, José Ignacio Vela Segarra, Carlos Perálvarez Conde, Carlota Salvador Miras

Introducción: La asociación entre la retinosis pigmentaria y una retinopatía exudativa por vasos telangiectásicos se conoce como retinosis pigmentaria «Coats-like» y puede darse entre un 1-5% de los pacientes con retinosis pigmentaria. Se produce un desprendimiento seroso de retina con exudación lípidica abundante, similar en aspecto a la enfermedad de Coats, localizándose típicamente en la periferia temporal inferior. El tratamiento clásico consiste en la crioterapia o la fotocoagulación.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 56 años afecta de retinosis pigmentaria que, en su ojo izquierdo, desarrolló una importante exudación lipídica intra y subretiniana secundaria a dilataciones vasculares superiormente a la arcada temporal superior (retinosis pigmentaria «Coats-like»). A pesar de que el tratamiento clásico de esta complicación se basa en la criocoagulación o el láser, se optó por realizar tratamiento antiangiogénico en fase de carga dada su proximidad al área macular. Se produjo una mejoría significativa de la exudación y una estabilización del cuadro, que no ha vuelto a empeorar ni requerir de más tratamientos desde hace un año.

Conclusión: Los antiangiogénicos intravítreos pueden ser útiles para el tratamiento de la retinosis pigmentaria complicada con exudación tipo Coats, siendo una buena opción a valorar especialmente en aquellos casos en los que la localización de la lesión sea poco periférica.

CC20

MELANOMA COROIDEO DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA

José Manuel Sánchez Guerrero, José Ignacio Fernández Choquet de Isla, Juan J. Prados Carmona, Francisco Espejo Arjona

Introducción: Presentamos el caso de un paciente que diagnosticamos de forma incidental de un Melanoma de Coroides de localización yuxtapapilar.

Caso clínico: Destacar la localización atípica que presenta al ser de tipo yuxtapapilar, con una baja frecuencia registrada en las series, y que nos impide la visualización del nervio óptico tanto en la exploración como a las pruebas de imagen. Consideramos altamente interesante resaltar la localización de este tipo de melanomas, que, debido a su proximidad al nervio óptico, tienen un pronóstico sombrío, presentando la mayoría de ellos una mayor predisposición a extensión extraescleral, una peor tasa de recurrencias y metástasis diferentes al melanoma coroideo tradicional, de localización más periférica.

Conclusión: En nuestro caso, se confirma la localización yuxtapapilar sin invasión del nervio óptico ni estructuras adyacentes, no presentando afectación extraescleral, siendo derivado a un centro de referencia para el tratamiento de este tipo de tumores oculares. Los informes radiológicos se presentan negativos para el estudio de extensión. Se expondrán imágenes del caso, mostrando la difícil visualización del nervio óptico y la no invasión de estructuras adyacentes. Expondremos las posibilidades terapéuticas del mismo e implicaciones asociadas respecto al pronóstico.

CC21

RUTA AL DIAGNÓSTICO: CORIORRETINOPATÍA EXUDATIVA HEMORRÁGICA PERIFÉRICA

Víctor Sánchez Rico, Gema Ferrús Segarra, Rosario Izquierdo Escámez, Francisco Gosálbez Coalla

Introducción: La coriorretinopatía exudativa hemorrágica periférica (CEHP) consiste en una entidad poco frecuente, de carácter degenerativo, que afecta a la retina periférica y que suele darse en personas de edad avanzada, con antecedentes de degeneración macular asociada a la edad (DMAE) y que puede darse de forma bilateral hasta en un 30% de los casos.

Caso clínico: Se presenta un caso clínico en el que un paciente acude por pérdida de visión y miodesopsias en ojo derecho (ojo único funcional). Como antecedentes destacan hipertensión arterial mal controlada, diabetes, dislipemia, DMAE y hemovítreo espontáneo un año atrás en su ojo izquierdo que requirió vitrectomía, objetivando intraquirúrgico desprendimiento coroideo nasal inferior con extensión a temporal y hemorragia intrarretiniana. Se encuentra en tratamiento con rivaroxabán, candesartán y furosemida, entre otros. En el seguimiento por la DMAE no se habían objetivado previamente lesiones en periferia del ojo derecho salvo microaneurismas secundarios a retinopatía diabética. Tampoco se había analizado el proceso subyacente al hemovítreo previo. Su agudeza visual es de 0,4 en la escala de Snellen (previa registrada 0,5) y su presión intraocular es de 11 mmHg. Su tensión arterial en consulta es de 170/100.

En el fondo de ojo se evidencia hemovítreo leve con un desprendimiento coroideo hemorrágico temporal inferior y sangrado a distintos niveles (pre, intra y subretiniano), que se documenta mediante retinografía de campo amplio y tomografía de coherencia óptica.

Debido a las características clínicas y a los antecedentes se diagnostica de CEHP y, al respetar el centro de visión, se opta por realizar el seguimiento estrecho y observación.

Conclusión: Se concluye la presentación de este caso con que la CEHP es un proceso poco frecuente, relacionado con la edad avanzada y la DMAE. Se incluye dentro del diagnóstico diferencial del melanoma coroideo. Su manejo no está estandarizado y oscila entre la vitrectomía y la mera observación, como es el caso.

CC22

ESTUDIO Y DESCRIPCIÓN DE ASOCIACIONES DE UNA SERIE DE MACROVASOS RETINIANOS

Jesús Suárez Pérez, Celia Leal Camarena

Introducción: Los macrovasos retinianos se definen como un vaso aumentado de tamaño que recorre el polo posterior. Generalmente son asintomáticos, y su origen podría ser una alteración en el período embriológico. Su prevalencia estimada es de 5 casos por millón.

El presente estudio descriptivo incluyó siete casos de macrovasos retinianos. Se realizó una exploración oftalmológica completa con imagen multimodal de cada paciente: retinografías, autofluorescencia, angiografía con fluoresceína, tomografía de coherencia óptica (OCT) y OCT-angiografía.

Casos clínicos: La edad media de los pacientes fue 29 años, con cuatro mujeres y tres varones. Todos los macrovasos estaban presentes en el cuadrante temporal inferior de la retina. Cuatro macrovasos eran de naturaleza venosa y tres, arterial. Seis de los macrovasos estaban alojados en el plexo retiniano superficial y uno en el profundo. Tres pacientes tenían macrovasos que cruzaban el área foveal. Ninguno de los macrovasos causaba disminución de agudeza visual.

Los hallazgos oculares observados fueron: interrupción abrupta de la vascularización, isquemia periférica y telangiectasias, melanocitosis ocular, nevus coroideo, persistencia de fibras de mielina, retinopatía diabética no proliferativa, retinopatía hipertensiva y oclusión venosa retiniana en el ojo contralateral al macrovaso. Las asociaciones sistémicas que se encontraron fueron: síndrome de ovario poliquístico, facomatosis pigmentovascular, diabetes mellitus y adenocarcinoma de recto.

Conclusión: Los macrovasos retinianos son frecuentemente asintomáticos y descubiertos incidentalmente en una exploración rutinaria o por otro motivo. El estudio con imagen multimodal que incluya autofluorescencia de fondo, angiografía con fluoresceína, tomografía de coherencia óptica (OCT) y OCT-angiografía es útil para su diagnóstico y permite categorizar con seguridad el macrovaso y los hallazgos relacionados.

Los autores declaran no presentar conflictos de interés.

CC23

OCCLUSIÓN DE LA ARTERIA CILIORETINIANA EN UNA PACIENTE CON ICC POST-COVID-19: UN CASO CLÍNICO

Pablo Téllez de Grado, Miguel Ortiz Salvador, Alejandro Fontellez Navarro, Bárbara Juan Ribelles

Introducción: La oclusión de la arteria cilioretiniana (CLRAO) asociada a la oclusión de la vena retiniana central (CRVO) es una entidad clínica que puede presentarse con pérdida de visión y escotoma. Este cuadro puede ser influenciado por factores que reducen la presión arterial o aumentan la presión venosa, resultando en una disminución de la presión de perfusión y, en consecuencia, en una disminución del flujo sanguíneo o incluso en la ausencia de circulación. Presentamos un caso de CLRAO y CRVO en una paciente con insuficiencia cardiaca congestiva post-COVID-19.

Caso clínico: Mujer de 47 años, con antecedentes de infección por COVID-19, IRC y PTI, presentó mareo, disnea y pérdida de visión. La exploración oftalmológica reveló un área de palidez en torno a la arteria cilioretiniana, signos de cruce, hemorragias en astilla y en llama, y signos de pre-trombosis. Se observó un área de PAMM en torno a esta arteria en la OCT, que fue bien caracterizada por la OCT en face. La paciente fue ingresada a cargo de medicina interna, donde se descubrió una miocardiopatía dilatada, aún estudio, y una crisis hipertensiva grave. Posteriormente, la paciente experimentó una mejora en la pérdida de visión, aunque persistió un escotoma inferior.

Conclusión: Este caso subraya la importancia de considerar la CLRAO y la CRVO en pacientes post-COVID-19 con síntomas visuales y neurológicos. La asociación de estas condiciones con la miocardiopatía dilatada y la crisis hipertensiva sugiere un posible vínculo entre las alteraciones cardiovasculares y las complicaciones oculares en el contexto de la recuperación de la COVID-19. Además, este caso destaca la importancia de la evaluación con OCT en face para determinar el patrón de distribución de PAMM y proporcionar evidencia de obstrucción vascular retiniana. La diversidad de los hallazgos médicos sistémicos asociados puede indicar la necesidad de una evaluación médica más amplia en estos pacientes.

CC24

EVOLUCIÓN DE PLIEGUES RETINIANOS MACULARES TRAS LA CIRUGÍA DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA: UN CASO CLÍNICO CON SEGUIMIENTO ESTRECHO POR OCT

Rubén Toledano Martos, Manuel Baeza Díaz, Sandra Pardo López, Pere Climent Soler

Introducción: Durante el post-operatorio del desprendimiento de retina regmatógeno (DRR) puede ocurrir una complicación inusual como es la formación de pliegues retinianos, afectando parcial o totalmente a las capas de la retina, pudiendo alterar la visión del paciente. Actualmente el manejo no está reglado, aunque en la literatura encontramos tanto el abordaje conservador como el quirúrgico, cuando los pliegues afectan a la totalidad de la retina, se recomienda la intervención quirúrgica precoz realizando nueva vitrectomía con redespaldamiento de retina del área macular, intercambio aire y extracción de membrana limitante, con posicionamiento estricto en decúbito prono.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente de 53 años con disminución de agudeza visual en el ojo izquierdo de semanas de evolución en el que se detectó desprendimiento de retina bulloso superior con mácula desprendida. El paciente fue intervenido con cirugía combinada de Faco más LIO más Vitrectomía 23 G más Cerclaje más Endolaser más Gas (SF6). En la revisión se objetivó una agudeza visual corregida de 0.2 La oftalmoscopia indirecta mostró una retina aplicada con pliegues radiales en el polo posterior que afectaban a la mácula. La tomografía de coherencia óptica (OCT) confirmó la presencia de pliegues maculares con alteración de todas las capas retinianas. Se opta por un manejo conservador (observación) al objetivar una mejoría anatómica reflejada por OCT y funcional, en el seguimiento mensual del paciente, que se detalla en este caso, alcanzando una agudeza visual de 0,56.

Conclusión: Los pliegues retinianos completos son una complicación infrecuente pero potencialmente grave de la cirugía del DRR. En el manejo de estos casos se recomienda reintervención quirúrgica habitualmente. No obstante el curso evolutivo favorable en los primeros meses nos puede inclinar a mantener una actitud conservadora, apreciando una mejoría progresiva hasta el año de la intervención.

CC25

MANIFESTACIONES OCULARES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL MALIGNA: SERIE DE CASOS

Ricardo de Vega García, Pablo Gili Manzanaro, Esther Cerdán Hernández, Óscar Febrero Fernández

Introducción: La hipertensión arterial es la causa más frecuente de mortalidad en el mundo desarrollado. El aumento de presión sanguínea condiciona cambios vasculares periféricos que pueden ser observados de manera no invasiva en el fondo de ojo. La hipertensión arterial maligna (HTA maligna) se define por la presencia de signos de retinopatía hipertensiva con edema de papila, con presión arterial sistólica igual o superior a 180 mmHg y/o diastólica igual o superior a 120 mmHg.

Nuestro objetivo fue analizar los signos de fondo de ojo, la tomografía de coherencia óptica y el impacto visual en una serie de casos consecutivos con HTA maligna.

Casos clínicos: Presentamos cinco varones diagnosticados de HTA maligna en nuestro centro entre diciembre de 2019 y diciembre de 2022, con una edad media de 49.8 años (entre 41 a 70 años). Por definición, la totalidad de los pacientes tenía edema de papila y del mismo modo en todos hallamos hemorragias retinianas. Cuatro de los cinco pacientes presentaban exudados algodonosos, tres de ellos bilaterales. Dos tenían engrosamiento macular, en forma de edema quístico en uno y en forma de fluido subretiniano en el otro, el cual además tenía imagen de estrella macular en funduscopia. Las manchas de Elschnig estaban presentes en uno de los cinco pacientes. La agudeza visual en los pacientes con afectación macular disminuyó durante el proceso agudo pero posteriormente con el tratamiento de la hipertensión se recuperó sin consecuencias.

Conclusión: Los pacientes con HTA maligna estudiados mostraban los signos característicos de retinopatía hipertensiva (estrechez arteriolar, signos de cruce, hemorragias retinianas y exudados algodonosos) con edema de papila bilateral, frecuentemente asociada a exudados lipídicos y edema macular. El pronóstico visual viene condicionado por la presencia de edema macular, que se recupera con el correcto tratamiento es el de la enfermedad de base.

CC26

LÁSER ND:YAG COMO TRATAMIENTO DE ELECCIÓN EN EL CIERRE INCOMPLETO DE LA INCISIÓN CORNEAL TRAS CIRUGÍA DE CATARATA

Enrique Jesús González Coín, Patricia Muñoz Jiménez, Raquel Moya Barquero, Jesús Martín Molina

Introducción: El cierre incompleto de las incisiones corneales, tanto principal como accesoria, es una complicación posible siempre a tener en cuenta tras la cirugía de cataratas. Una fuga de humor acuoso no controlada puede llegar a comprometer no solo el éxito quirúrgico sino también la integridad ocular, pudiendo tener graves consecuencias como endoftalmitis o las derivadas de la hipotonía. En el tratamiento habitual de la incisión corneal abierta observada mediante fuga tardía de humor acuoso en el postoperatorio se han utilizado distintas opciones como el uso de una lente de contacto o la sutura de la incisión, llevando, por lo general, a un retraso en el tratamiento. Debido a esto, se está postulando el uso del láser Nd:YAG como alternativa novedosa, accesible y eficaz. Presentamos una serie de casos donde se ha utilizado el láser Nd-YAG para tratar estas complicaciones con resultado exitoso.

Técnica quirúrgica: La técnica usada es descrita por Natalia Crespo et al. y consiste en generar microburbujas intraestromales junto al plano de incisión con el láser Nd:YAG para aumentar la presión contra el túnel, consiguiendo su sellado. La potencia se establece entre 1,5 y 2,0 milijulios, con offset en 0. Como resultado, en los cuatro casos en nuestro centro donde se usó esta técnica se consiguió el sellado de la incisión de manera inmediata, sin incidencias durante la misma ni en sucesivas revisiones.

Conclusión: El láser Nd:YAG se postula como técnica de elección al ser una alternativa rápida y eficaz en el tratamiento de la fuga de humor acuoso por incisión corneal tras cirugía de cataratas. Además, entre sus ventajas destaca por ser fácilmente accesible, evitando prolongar el riesgo de complicaciones y posibles reintervenciones en quirófano. Pese a las posibles limitaciones propias del novedoso uso del láser, en nuestra experiencia, la técnica ha resultado ser segura y eficaz.

CC27

PUPILOPLASTIA EN MIDRIASIS MEDIA ARREFLÉXICA POR PROBABLE SÍNDROME DE URRETS-ZAVALIA TRAS CIRUGÍA NO COMPLICADA DE CATARATA

Pablo González de los Mártires, Gonzalo Guerrero Pérez, Leire Olazarán Gamboa, José Andonegui Navarro

Introducción: Reportar el caso de una paciente con probable síndrome de Urrets-Zavalía en ojo derecho tras cirugía no complicada de catarata, así como su manejo quirúrgico mediante pupiloplastia.

Caso clínico: Mujer de 76 años que acude a urgencias por visión borrosa y fotofobia de cinco días de evolución en ojo derecho tras cirugía convencional de cataratas hace 2 semanas. No patología ocular previa. Examen oftalmológico completo, con imágenes de polo anterior, así como video quirúrgico de pupiloplastia.

Agudeza visual de 20/30 con estenopecico. Córnea transparente. Cámara anterior grado IV (van Herick). Tyndall pigmentado 2+. Transiluminación iridiana difusa parcheada. Pupila fija dilatada. LIO en saco capsular. Presión intraocular de 26 mmHg. Fondo de ojo normal. Gonioscopia grado IV (Shaffer) con acúmulo de pigmento inferior y banda ciliar retroinsertada. No antecedentes de traumatismo ocular previo. Se inicia tratamiento hipotensor y corticoideo tópico, mejorando cifras tensionales. Se descarta endoftalmitis, síndrome UGH, remanente cristalino y/o afectación herpética, diagnosticándose de probable síndrome de Urrets-Zavalía, al ser éste de exclusión. Debido al continuo malestar ocular, se realizó una pupiloplastia con técnica de McCannel, con postoperatorio adecuado y mejor percepción visual.

Conclusión: El síndrome de Urrets-Zavalía es una complicación postoperatoria infrecuente, más aún tras cirugía de catarata, caracterizada por una pupila dilatada fija acompañada de atrofia de iris e hipertensión ocular, reportado frecuentemente tras queratoplastias. Su mecanismo etiopatogénico no está aún esclarecido, pero se relaciona con un aumento de la presión intraocular peri-procedimiento que induce isquemia estromal iridiana con suelta de pigmento. Se propone el cierre pupilar quirúrgico ante molestias oculares persistentes. Se describen diferentes técnicas, como la técnica single-pass four-throw, las suturas de McCannel o el cerclaje iridiano.

CC28

EPITELIZACIÓN SEVERA DE LA INTERFASE CORNEAL POST-VITRECTOMIA

Ana Macarro Merino, José Ignacio Fernández-Vigo Escribano, Ignacio Almorín Fernández-Vigo

Introducción: Durante la vitrectomía pueden producirse alteraciones corneales que dificultan la visualización durante el procedimiento. Sin embargo, son excepcionales las complicaciones postoperatorias que comprometan gravemente la recuperación del paciente y el resultado quirúrgico. Presentamos el caso de un paciente de 56 años, operado 12 años antes de miopía y astigmatismo con LASIK que seis años después es reintervenido mediante relasik (recutting) por regresión del defecto, con buen resultado anatómico y funcional. Recientemente es intervenido mediante vitrectomía por desprendimiento de retina, apareciendo en el postoperatorio una complicación corneal por epitelización grave de la interfase.

Técnica quirúrgica: Se realiza vitrectomía pars plana convencional lográndose la reaplicación de la retina y recuperación de la agudeza visual (5/10). Dos semanas tras la cirugía acude de urgencias por pérdida progresiva de visión (cuenta dedos). En la exploración se aprecia la existencia de una opacidad densa en la interfase corneal. Se realiza OCT y microscopía especular ante la sospecha de posible entrada de viscoelástico o epitelización y su posible ubicación en el primer o segundo colgajo. Se plantea cirugía para limpieza de la interfase mediante levantamiento del colgajo, desepitelización de ambas caras del colgajo y de la córnea periférica. Se sutura mediante puntos sueltos de nylon 10-0 para evitar la posible filtración de células epiteliales. Se adapta lente terapéutica. Se retiran las suturas al mes de la cirugía sin signos de epitelización y con buena recuperación visual (4/10).

Conclusión: la epitelización de la interfase corneal post realización de una vitrectomía es una complicación inédita de esta técnica quirúrgica que puede ser resuelta mediante limpieza del colgajo corneal.

CC29

HIDROIMPLANTACIÓN DE LENTES FÁQUICAS ICL

Manuel Marcos Robles, Manuel Ángel Marcos Fernández

La implantación de lentes fáquicas ICL manteniendo la cámara anterior solamente con irrigación continua de BSS permite acortar el tiempo quirúrgico y disminuir las maniobras intraoculares.

Además, al no utilizar viscoelástico, disminuye el riesgo de hipertensión ocular aguda en el postoperatorio.

CC30

GLAUCOMA MALIGNO TRAS IMPLANTE DE PRESERFLO Y MANEJO QUIRÚRGICO MEDIANTE VITRECTOMIA Y VÁLVULA DE AHMED EN CÁMARA VÍTREA

Sara Aguayo García, Juan Francisco Ramos López, Socorro Castillo Rodríguez

Introducción: El glaucoma maligno (GM) o síndrome de desviación del humor acuoso es una forma rara de cierre angular secundario que se presenta con una presión intraocular (PIO) elevada y una reducción de la cámara anterior (CA) a pesar de la presencia de una iridotomía periférica (IP). Es un diagnóstico de exclusión. Presentamos un caso clínico de glaucoma maligno tras implante de Preserflo, que requirió de tratamiento quirúrgico.

Caso clínico: Varón de 40 años con diagnóstico de GAC con IP en ambos ojos, refractario a tratamiento médico y quirúrgico tras facoemulsificación del ojo derecho (OD) pese a conseguir mayor apertura angular. Se propuso cirugía filtrante mediante implante de Preserflo en el OD. En el postoperatorio inmediato refería visión borrosa, objetivándose en la exploración hiperemia, atalamia y PIO elevada. Con la sospecha de GM, se inició tratamiento médico. A los 5 días, la exploración permanecía similar por lo que se realiza capsulotomía posterior e hialoidectomía con láser Nd-YAG consiguiendo profundización de CA pero necesidad de tratamiento máximo para mantener la PIO en valores normales. Se optó por cirugía de rescate de Preserflo repitiéndose el cuadro de GM en el postoperatorio inmediato. Finalmente se decidió manejo quirúrgico con vitrectomía pars plana (VPP) + válvula Ahmed (VA) en cámara vítrea, con normalización de la PIO y resolución del cuadro. En el ojo contralateral también presentaba cifras de PIO elevadas, planteándose el mismo procedimiento (Facoemulsificación + VPP+VA). Actualmente el paciente presenta cifras de PIO controladas en ambos ojos sin tratamiento médico.

Conclusión: A pesar de ser el Preserflo una técnica mínimamente invasiva en la cirugía filtrante, el GM puede desarrollarse tras este procedimiento. El diagnóstico temprano es clave para prevenir la pérdida visual permanente. La VPP con implante de VA en cámara vítrea ha demostrado ser un tratamiento eficaz en este tipo de pacientes de tan difícil control.

CC31

LAS LEYES DE LA FÍSICA APLICADAS A LA HERNIACIÓN DE IRIS TRAS UNA EPNP ¿POR QUÉ LA IRIDOTOMÍA?

Rosario Izquierdo Escámez, Carolina Medina Martín, José Isidro Belda Sanchís, Raquel Gutiérrez Ezquerro

Introducción: Presentamos a un varón de 46 años con diagnóstico de glaucoma crónico de ángulo abierto en tratamiento con triple terapia.

Caso clínico: Tras realizar una Esclerotomía Profunda No Perforante (EPNP), se detecta a los 5 meses una PIO de 24 mmHg, por lo que se procedió a realizar una goniopunción con láser YAG. La presión se mantuvo estable en 12 mmHg hasta que, a los 7 meses se confirmó con gonioscopia una hernia de iris a través de la ventana trabeculodescemética (VTD). Se realizó una iridoplastia con láser argón, resultando en dos recurrencias posteriores. Se procedió a una iridotomía profiláctica que estabilizó la PIO en 11 mmHg sin tratamiento tópico y sin recurrencias. El objetivo de este caso es comprender el principio físico que rige el éxito de la iridotomía en casos de incarceration del iris en la VTD tras una EPNP. Las fuerzas viscosas del humor acuoso (estudiadas por las ecuaciones de Navier-Stokes) determinan la resistencia al flujo y las diferencias de presión entre ambas cámaras. Cuando tenemos una anatomía normal, la ley de Poiseuille explica el equilibrio de presiones gracias a la iridotomía pero ¿qué sucede cuando modificamos la anatomía?. Al hacer una EPNP, aún más tras una goniopunción, aparece un nuevo efecto de vacío y es entonces cuando cobra especial relevancia el principio de Bernoulli.

Conclusión: Este principio nos dice que, si la velocidad de un líquido se incrementa, la presión bajaría. Si imaginamos que el iris actuase como la vela de un barco, podemos comprender por qué sucede y como se puede prevenir una hernia de iris a través de la VTD. A pesar de la falta de consenso sobre el manejo de esta complicación, este principio nos invita a considerar la iridotomía como solución definitiva de las hernias de iris, disminuyendo la necesidad de maniobras complejas como la reposición quirúrgica.

CC32

EL EYEWATCH: UN NUEVO IMPLANTE DE DRENAJE AJUSTABLE EN CASOS DE GLAUCOMA REFRACTARIO

Sara Carlota Labay Tejado, Elena Millà Griñó, Manuel Javier Navarro Angulo, Javier Nogués Castell

Introducción: El manejo del glaucoma refractario es un verdadero reto para el oftalmólogo. El EyeWatch es el primer dispositivo de drenaje mundial ajustable en glaucoma. Se compone de un plato no valvulado conectado a un disco magnético rotatorio que permite graduar el flujo de humor acuoso. La presión intraocular (PIO) se puede ajustar tanto intraoperatoriamente como en consulta mediante un bolígrafo magnético especialmente diseñado. El objetivo del estudio consiste en describir el procedimiento quirúrgico, la eficacia y seguridad del implante a través de dos casos clínicos, y compararlo con la escasa literatura disponible.

Casos clínicos: Ambos pacientes presentaban glaucomas primarios de ángulo abierto en estado terminal con PIOs entre 20 y 24 mmHg con triple terapia y portadores de ampollas de filtración fibrosadas por lo que se decidió implantar este dispositivo con su plato correspondiente en un caso y en el otro asociado a un implante no valvulado Clearpath. Al finalizar la cirugía, la aguja del disco magnético se dejó entre las posiciones 5 y 6 para evitar la hipotonía precoz. En el postoperatorio temprano la PIO pudo irse modulando al manipular el dispositivo con el imán a valores de 8-10 mmHg y finalmente se estabilizó en 14-16 mmHg a los 6 meses. Las escasas series de casos en la literatura muestran un descenso significativo de la PIO y número de fármacos con baja incidencia de complicaciones. En nuestro caso se evitó el riesgo de hipotonía asociada a dispositivos no valvulados y la PIO en ambos pacientes se encuentra controlada sin tratamiento adicional.

Conclusión: La gran ventaja del dispositivo es su capacidad de modular de forma dinámica, inmediata y no invasiva el flujo de humor acuoso. Además es útil para impedir la temible hipotonía postoperatoria en ojos multioperados o tratar casos de hipotonías crónicas previas con otros implantes. Impresiona un tratamiento prometedor en el glaucoma refractario, aunque se necesitan más estudios.

CC33

SEGURIDAD DEL NUEVO LÁSER PARA TRABECULOPLASTIA SELECTIVA VISULAS GREEN

Alfonso Miranda Sánchez, Noemí Güemes Villahoz, Lucía Perucho González, Julián García Feijoo

Introducción: La trabeculoplastia láser selectiva (SLT) es, desde hace tiempo, una alternativa eficaz y ampliamente extendida en el tratamiento del glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA). Es por esto que, ante nuevas opciones de SLT, como el VISULAS Green (Zeiss), es necesario evaluar la seguridad de las mismas. A diferencia de la SLT convencional, VISULAS Green emplea una fuente de láser Nd:YVO4 de doble frecuencia (cristal de vanadato de itrio dopado con neodimio), con también una longitud de onda de 532nm.

Caso clínico: Presentamos cinco pacientes, edad media 68,6 +/- 6,71 años, con GPAA leve o moderado que han sido sometidos a SLT en un ojo, y su posterior seguimiento a lo largo de 3 meses. Se evaluaron parámetros de seguridad como la presión intraocular (PIO) y la presencia de inflamación en cámara anterior a la hora del procedimiento, aparición de edema macular quístico y sinequias anteriores periféricas al mes. Además, se valoró la afectación de la superficie ocular mediante tinción en lámpara de hendidura y cuestionario OSDI. 1/5 pacientes (20%) presentó un pico hipertensivo de 32 mmHg a la hora que se resolvió con tratamiento médico hipotensor sin complicaciones. No se encontraron sinequias anteriores periféricas ni edema macular quístico en ningún paciente en el seguimiento a 3 meses. El cuestionario OSDI no demostró cambios significativos en la sintomatología.

Conclusión: Este estudio piloto ha mostrado que el nuevo láser para SLT Visulas Green parece ser un procedimiento seguro en pacientes con GPAA. No obstante, se precisan de estudios con mayor número de pacientes y con un seguimiento a largo plazo.

CC34

CONTROL DE LA FLUCTUACIÓN DE LA PIO DURANTE 24 HORAS MEDIDO CON ICARE HOME TRAS IMPLANTE PRESERFLO EN GLAUCOMA

Laura Morales Fernández, José María Martínez de la Casa, Julián García Feijoo

Introducción: Se presentan cuatro pacientes intervenidos de glaucoma mediante implante Preserflo en los que se había observado aumento de la presión intraocular (PIO) pero también aumento de la fluctuación de la misma durante 24 horas mediante Icare home.

Casos clínicos: Cuatro pacientes diagnosticados de glaucoma primario de ángulo abierto con evidencia de mal control tensional y progresión en las pruebas estructurales y funcionales, fueron sometidos a valoración de la fluctuación de la PIO durante 24 horas empelando Icare home. Se realizaron las medidas de la PIO desde las 8 a.m hasta 24 horas más tarde cada 4 horas (7 medidas por ojo). Se consideraron las medidas de 8 am a 20p.m para la valoración de fluctuación diurna y las medidas de 20pm a 8 a.m para las fluctuación nocturna. El promedio de fluctuación incluyendo el total de medidas se denominó fluctuación total.

Los cuatro casos presentaron un aumento de la PIO media (toma en consulta) de 23DE 3,4 mmHg, una fluctuación total de 9DE2,3 mmHg, una fluctuación diurna de 8,3DE 3,2mmhg y una fluctuación nocturna de 9,8 DE 1,6 mmHg.

Tras el implante preserflo, se encontró una reducción de la PIO media en los cuatro casos con 11DE 2,3 mmHg, una reducción de la fluctuación total 3,1 DE 1,2mmHg, una fluctuación diurna de 2,3 DE 1,2mmHg y nocturna de 2,3 DE 1,1 mmHg.

Se observó tras 3 meses post cirugía con implante Preserflo una reducción importante de la PIO así como de su fluctuación, total, diurna y nocturna.

Conclusión: los casos que presentamos ponen de manifiesto la importancia de valorar la fluctuación de la PIO entre nuestras medidas habituales. Estos casos evidencian una importante fluctuación de la misma que no habría podido ser registrada mediante una única toma en consulta. Por otro lado el implante Preserflo ha resultado útil para el control de la PIO así como de la fluctuación de la misma.

CC35

SIGNOS CLÍNICOS DE BUEN PRONÓSTICO TRAS IMPLANTACIÓN DE ISTENT INJECT® W

Elena Brotons Muñoz, Pau Otaol Aran, María Jesús Muniesa Royo, José Manuel Navero Rodríguez

Introducción: El implante iStent es una de las cirugías de glaucoma mínimamente invasivas más utilizadas. Realizando un bypass del principal punto de resistencia del drenaje del humor acuoso, el trabeculum, el procedimiento reduce la PIO y la necesidad de fármacos hipotensores tópicos.

Casos clínicos: Se presentan tres signos clínicos que evidencian el correcto bypass trabecular que realiza el iStent inject® W, conectando la cámara anterior (CA) con el sistema venoso episcleral.

1. Reflujo de sangre intraquirúrgico a través del iStent: El flujo retrógrado de sangre desde el sistema venoso episcleral hacia la CA se debe a un gradiente de presiones, revelando una correcta conexión entre ambas estructuras.

2. Blanqueamiento intraquirúrgico de las venas episclerales adyacentes: Al retirar el viscoelástico e infundir presión mediante irrigación en la CA, se objetiva blanqueamiento de la columna sanguínea del sistema venoso episcleral debido al paso de líquido desde la CA a las venas episclerales sectoriales y las del acuoso, evidenciando el correcto bypass trabecular a través del iStent con disminución de la resistencia a ese nivel.

3. Visualización postoperatoria de reflujo sanguíneo a través del implante iStent, disminución de la intensidad de la columna sanguínea en el sistema venoso episcleral adyacente y formación de ampolla de filtración conjuntival inferior: con la presión ejercida con la lente de gonioscopia, la aparición del reflujo sanguíneo a través del dispositivo indica la permeabilidad del bypass bidireccional. La identificación de una ampolla de filtración conjuntival inferior difusa y la disminución de la intensidad de la columna sanguínea de los vasos episclerales adyacentes a los implantes, corrobora la efectividad del bypass trabecular.

Conclusión: En los pacientes donde se objetivaron estos signos, el control de la PIO fue óptimo sin necesidad de tratamiento, por tanto, estos hallazgos pueden contribuir a una mejor comprensión de los resultados obtenidos tras la implantación de iStent.

CC36

BESO COROIDEO, UN CASO NO TAN INESPERADO TRAS CIRUGÍA FILTRANTE DE GLAUCOMA

Andrés Jesús Peñalver Alcaraz, Juan Antonio Miralles de Imperial Ollero, Inmaculada Sellés Navarro, Marcia Gabriela Cabrera Jara

Introducción: La cirugía filtrante de glaucoma es un procedimiento seguro y eficaz para la reducción de la presión intraocular (PIO) aunque no exento de complicaciones. La hemorragia supracoroidea (HSC) es una rara complicación que puede ocurrir durante la intervención o en el postoperatorio inmediato y puede amenazar la visión del paciente. Entre los factores de riesgo (FR) se incluyen la edad avanzada, pseudofaquia o afaquia, pseudoexfoliación, glaucoma, miopía, hipertensión (HTA) y la PIO prequirúrgica elevada. Su pronóstico puede ser pobre si afecta a los 360°.

Caso clínico: varón de 71 años hipertenso y antiagregado con antecedentes de glaucoma pseudoexfoliativo en ambos ojos que sufre traumatismo ocular contuso en ojo derecho (OD), que origina catarata traumática secundaria, subluxación de cristalino y recesión angular 360° con aumento de PIO refractaria a tratamiento. Se realiza vitrectomía posterior, extracción de cristalino e implantación de LIO en sulcus, según técnica de Yamane y de forma secuencial cirugía de glaucoma con implantación de dispositivo Ex Press con Mitomicina C 0,02%. A las 48 horas de la cirugía de glaucoma presentó dolor en OD y pérdida de visión. La AV en OD era de percepción de luz y PIO en 6 mmHg en OD, siendo diagnosticado de desprendimiento coroideo hemorrágico «en kissing» en los 360°. La ecografía ocular mostró una HSC con un gran componente coagulado. A los 10 días se procedió a la evacuación de la sangre del espacio supracoroideo mediante esclerotomía. A los 15 días el paciente lograba una MAVC de 0.3, manteniendo PIO de 16 mmHg.

Conclusión: Se deben tener en cuenta los FR para establecer medidas preventivas que incluyan el control de la PIO, la HTA, y valorar la suspensión de antiagregantes. El momento de la realización de las esclerotomías es clave: para garantizar la evacuación de la sangre a partir de los 7 días; y antes de los 14 días para evitar la atrofia retiniana y de cuerpo ciliar.

CC37

MANIOBRA DE HIPERPRESIÓN DE CÁMARA ANTERIOR TRAS MICROPERFORACIÓN EN ESCLERECTOMIA PROFUNDA NO PERFORANTE

Elena Puertas Martínez, José Luis Torres Peña, Vivian Damas Casani, Marta Montero Rodríguez

Introducción: La estabilidad de la membrana trabeculodescemética (MTD) es una parte fundamental para el correcto funcionamiento de una esclerectomía profunda no perforante (EPNP). Durante la cirugía es preciso estar seguros de la integridad de la misma para evitar complicaciones postquirúrgicas como una hernia de iris y la necesidad de reconversión a trabeculectomía en un segundo tiempo quirúrgico. Presentamos una técnica quirúrgica para valorar la estabilidad de la MTD cuando realizamos una EPNP.

Técnica quirúrgica: Si durante la disección de la MTD se duda de la integridad de la membrana, por ejemplo, cuando se advierte una microperforación de la misma, realizamos una maniobra de hiperpresión de cámara anterior para valorar su resistencia. Para ello con una cánula introducimos BSS en la cámara anterior, observándose una profundización de la cámara anterior y la resistencia de la MTD si la microperforación no la ha dañado por completo; frente a una hernia de iris secundaria a una rotura completa de la MTD en el caso de que sí. En este segundo caso se procedería a una conversión a trabeculectomía, realizando el procedimiento en un solo acto quirúrgico, evitando complicaciones postquirúrgicas y la reconversión en un segundo tiempo.

Conclusión: Durante la realización de una EPNP es fundamental evaluar la resistencia de la MTD, para lo que proponemos una maniobra de hiperpresión de la cámara anterior, que ponga en evidencia membranas débiles, anteponiéndonos a una macroperforación en el futuro y una reconversión a trabeculectomía en un segundo tiempo quirúrgico.

CC38

ATALAMIA HIPOTENSIVA E HIPERTENSIVA TRAS CIRUGÍA BILATERAL DE GLAUCOMA. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

José Luis Torres Peña, Elena Puertas Martínez, Esperanza Gutiérrez Díaz, Marta Montero Rodríguez

Introducción: El diagnóstico diferencial de la atalamia postoperatoria es fundamental en el postoperatorio de la cirugía de glaucoma. Presentamos un caso clínico de atalamia postoperatoria bilateral en el que el diagnóstico diferencial fue crucial para su manejo.

Caso clínico: Paciente de 82 años con glaucoma primario de ángulo abierto bilateral en tratamiento máximo y catarata en ambos ojos (AO). Se indica cirugía combinada con implante de Microshunt Preserflo en ambos ojos. Se realizó primero la cirugía de OD, la cual fracasó a las tres semanas, por lo que se decide hacer una revisión de la misma al momento de realizar la cirugía del ojo izquierdo (OI). Ambas cirugías transcurren sin incidencias.

En el post operatorio inmediato, presentó una atalamia grado 2 en AO. En OD presentaba una presión intraocular (PIO) de 2 mmHg con una ampolla de filtración amplia y desprendimiento corioides (DC) nasal e inferior en el fondo de ojo (FO), siendo catalogada de atalamia por hiperfiltración. Respecto al OI, presentaba una PIO de 13 mmHg, con una ampolla plana y una trombosis de vena central de la retina en el FO, diagnosticándose de bloqueo vitreociliar. Realizamos capsulohialoidotomía YAG en OI, con buena formación de cámara anterior y se pautó ciclopentolato y corticoides tópicos en AO, y corticoides orales a dosis de 1 mg/Kg/día, siendo la evolución de ambos ojos favorable: resolución de los DC a las 10 semanas en OD, PIO de 6 mmHg en OD y 10 mmHg en OI, en el cual se inició tratamiento con antiangiogénicos por parte de la Unidad de Retina.

Conclusión: El manejo de la atalamia es fundamental en el post operatorio de la cirugía de glaucoma, siendo la PIO, la forma de la ampolla y el FO cruciales a la hora de diagnosticar su causa, y, de ello, dependerá su manejo. Por otro lado, aunque la cirugía bilateral tiene sus ventajas, también tiene sus riesgos, como la amenaza de pérdida de visión bilateral explicada en este caso.

CC39

REVISIÓN DEL MANEJO INICIAL DE LA DIPLOPIA A TRAVÉS DE CASOS CLÍNICOS POCO CONVENCIONALES

Paula Boned Fustel, Laura Fernández García, M.^a Ángeles Ruth Bort Martí

Introducción: Se debe tener en cuenta las posibles etiologías subyacentes con tal de proporcionar un manejo eficiente de la diplopia. Mediante la presentación de diversos casos, se pretende ilustrar la importancia de un enfoque básico inicial que incluya anamnesis y exploración.

Casos clínicos: La evaluación se debe iniciar con una anamnesis general, incluyendo antecedentes (1: Síndrome de Horner como presentación de una carcinomatosis leptomeníngea en un niño), medicación (2: Diplopía en un paciente con epilepsia: aura o topiramato), entre otros. En ocasiones, incluso con una buena anamnesis no es suficiente (3: Tuberculoma de localización atípica en una mujer sin factores de riesgo en una región no endémica). A continuación, se dirigirá la anamnesis a los síntomas visuales. Primero se debe determinar si se trata de una diplopía binocular o monocular (4: Coriorretinopatía central serosa: aniseikonia o diplopía). En caso de ser binocular, se recomienda determinar: (a) Orientación de las imágenes y cómo afecta la distancia (b) ¿En qué campo visual empeora? (5: Miositis orbitaria como presentación de una enfermedad de Behcet) (c) Posiciones anómalas de la cabeza y antecedentes de estrabismo (d) Dolor (e) Evolución clínica (6: Diplopía como presentación de una miastenia gravis infantil) (f). Síntomas neurológicos asociados (7: Síndrome de Wernicke como manifestación neurológica de la enfermedad celiaca).

El examen tiene como objetivo determinar si se trata de una causa supranuclear, internuclear, nuclear o infranuclear. (a) Inspección general incluyendo párpados (b) Reacción pupilar (c) Movimientos de los ojos (d) Examinar el globo (e) Otros pares craneales (8: Diplopía como presentación de un síndrome linfoproliferativo en un paciente con trasplante bilateral de miembros inferiores) (f) Fundoscopia.

Conclusión: Un buen enfoque inicial facilita el manejo de la diplopía y evita pruebas innecesarias.

CC40

NEURITIS ANTERIOR BILATERAL COMO COMPLICACIÓN DE VIRUS VARICELA ZÓSTER (VVZ)

Ana Cabo Sánchez, Marco Antonio Pascual Santiago, Blanca Domingo Gordo, Fiorella Katherine Cuba Sulluchuco

Introducción: La afectación ocular por reactivación del Virus Varicela Zóster (VVZ) tiene lugar habitualmente en el contexto clínico de herpes zóster oftálmico, caracterizado por cuadros de queratitis y/o uveítis y la erupción cutánea característica.

La neuritis anterior por VVZ es un cuadro poco frecuente, que se confirma mediante estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR), por lo que se trata de un reto diagnóstico.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 70 años que acudió a la Urgencia por disminución aguda de la agudeza visual en ojo derecho. Anteriormente, había sido tratada por herpes zóster V2 izquierdo recurrente, siempre con afectación exclusivamente cutánea. La exploración reveló una papilitis bilateral asimétrica de predominio derecho, sin afectación de polo anterior, que confirmamos por OCT CFNR. El TAC craneal y analítica de Urgencias fueron normales. La paciente inició tratamiento con corticoides intravenosos (IV) e ingresó para estudio, realizándose serologías en sangre, punción lumbar (PL), eco Doppler de arteria temporal y Resonancia magnética (RMN) craneal. La serología en sangre demostró títulos altos de IgG VVZ y ausencia de IgM VVZ. Finalmente, el estudio PCR de LCR resultó positivo para VVZ, llegando al diagnóstico. La paciente inició tratamiento con Aciclovir IV, presentando buena evolución clínica.

Conclusión: Este caso ilustra la importancia de descartar causas infecciosas, en concreto VVZ, en pacientes con neuritis anterior en los que otras causas sean improbables, o con mala respuesta a tratamiento antiinflamatorio. La presencia de desmielinización en la RMN es un hallazgo frecuente tanto en enfermedades desmielinizantes como en causas infecciosas, no descartando por tanto estas últimas. La serología positiva en sangre, aunque indica contacto previo con VVZ, tiene poca sensibilidad para el diagnóstico de infección activa. Por ello, el estudio PCR de LCR es clave para el correcto diagnóstico, y la introducción de tratamiento antiviral dirigido.

CC41

NEUROPATÍA ÓPTICA INFILTRATIVA SECUNDARIA A CARCINOMA GÁSTRICO: CASE REPORT Y REPASO DE LA LITERATURA

Julia Cañas Martín, Beatriz Son Camey, Anna Puntí Badosa, Iñaki Cascajares Quesada

Introducción: La infiltración metastásica aislada del nervio óptico es una rara forma de progresión de una enfermedad oncológica sistémica. Es, generalmente, un proceso unilateral con características funduscópicas típicas. La pérdida de visión es el síntoma principal. Es preceptiva la realización de prueba de imagen a todo paciente con sospecha de neuropatía óptica infiltrativa. Además del tratamiento quimioterápico sistémico, está indicada la radioterapia orbitaria externa.

Caso clínico: Varón de 75 años que acude por pérdida visual progresiva por su ojo izquierdo de 2 meses de evolución. Entre sus antecedentes médicos destaca un adenocarcinoma gástrico, con metástasis hepáticas, en tratamiento con quimioterapia paliativa. Su mejor agudeza visual corregida es 20/20 por el ojo derecho y 20/100 por el ojo izquierdo. Polo anterior y presión intraocular son normales. La exploración funduscópica del ojo izquierdo muestra un nervio óptico invadido por abundantes concreciones blanquecinas con progresión vítrea, además de hemorragias en llama a lo largo de las arcadas vasculares. La resonancia magnética orbitaria evidencia realce del nervio óptico izquierdo a nivel del polo posterior ocular. Se descartó la radioterapia orbitaria dada la situación sistémica del paciente.

Conclusión: Las metástasis al nervio óptico son un proceso raro que constituye solamente el 1-4% de las metástasis oculares. La mayoría de estos tumores son adenocarcinomas: de mama y pulmón en la mujer, y de pulmón e intestino en el hombre. Solo se ha encontrado en la literatura otro caso de neuropatía óptica metastásica secundaria a adenocarcinoma gástrico. Si bien rara, la infiltración metastásica debe sospecharse y descartarse en todo paciente oncológico que desarrolle una neuropatía óptica. A pesar de ser una rara forma de progresión con pobre pronóstico sistémico, debe valorarse la radioterapia orbitaria para estabilizar el proceso oftalmológico y preservar la funcionalidad residual.

CC42

SÍNDROME DE ATROFIA ÓPTICA DE BOSCH-BOONSTRA-SCHAAF: A PROPÓSITO DE UN CASO

Alejandro José Crespo Chacón, Sofía Corte Alonso, Miguel Ángel Alonso Peralta, Laura Cabrejas Martínez

Introducción: El síndrome de atrofia óptica de Bosch-Boonstra-Schaaf (SAOBBS) es un trastorno extremadamente raro (alrededor de 80 casos en la literatura), de base genética (autosómico dominante), causado por la mutación en el gen del receptor nuclear subfamilia 2 grupo F miembro 1 (NR2F1), caracterizado por un retraso en el desarrollo, discapacidad intelectual, visual y auditiva y dismorfia facial inespecífica.

Caso clínico: Varón de 18 años acude por baja visión y alteraciones del desarrollo psicomotor congénito, sin etiología filiada. En la exploración oftalmológica, la mejor agudeza visual corregida (MAVC) es 0,1 en ojo derecho (OD) y 0,2 en ojo izquierdo (OI), la motilidad ocular extrínseca (MOE) muestra nistagmus, exotropía de -15° con dominancia de OI y ducciones conservadas. La biomicroscopia de polo anterior es normal pero en el fondo de ojo se observa palidez papilar en ambos ojos. Para completar el estudio se realiza OCT macular(normal), OCT de NO con reducción significativa de la capa de fibras y un grosor medio de 44 micras (OD) y 46 micras (OI), RMN cerebral (quiste aracnoideo retrocerebeloso que no condiciona efecto masa), ERG difuso (normal), ERG pattern muy artefactado y valoración en neurología. Finalmente se decide realizar estudio genético, evidenciándose una variante patogénica del gen NR2F1, el cual se ha asociado con el SAOBBS.

Conclusión: En el diagnóstico diferencial de atrofia óptica y retraso psicomotor, se deben descartar la leucomalacia periventricular, encefalopatía hipóxica isquémica en recién nacidos y causas secundarias a hipoxia, isquemia, traumatismos, tumores, patología endocrino-metabólica e infecciones en la infancia, sin olvidar enfermedades genéticas como el SAOBBS, especialmente en aquellos pacientes sin antecedentes médicos y/ o causa perinatal identificable. En el SAOBBS, la discapacidad visual está condicionada por anomalías como atrofia e hipoplasia del NO, nistagmus, alacrimia, errores refractivos y ambliopía.

CC43

ANÁLISIS DE IMAGEN MULTIMODAL MACULAR Y PERIPAPILAR EN LAS LESIONES RETROGENICULARES PROVOCADAS POR ICTUS Y TUMORES

Manuel José García Martín, Rafael Giménez Gómez, Olena Protsyk Protsyk, José Hens Gutiérrez

Introducción: Nuestro objetivo es estudiar lo que sucede en el polo posterior, tras padecer el paciente una patología del lóbulo occipital (ictus, tumor, malformación, etc). Este fenómeno se denomina degeneración trans-sináptica retrógrada (DTSR) y antes de la aparición de la tomografía óptica de coherencia (OCT), sólo se podía observar a nivel histológico. Ahora, además de la campimetría (CV), es posible analizar la capa de fibras, capa de células ganglionares, angio-OCT (OCTA) de mácula, OCTA peripapilar, etc. La DTSR implica una pérdida de células ganglionares secundaria a una lesión en la corteza occipital, presuntamente relacionada con la privación del estímulo trófico proporcionado por las neuronas postsinápticas.

Caso clínico: Se presenta una serie de 12 casos de DTSR con patología retrogenicular (10 ictus y 2 tumores), a los que se les realiza una exploración clínica completa, incluyendo CV, OCT de la capa de fibras y de ganglionares, OCTA de mácula y peripapilar, retinografía, etc. Nuestros resultados preliminares indican que, junto con el CV, la prueba de imagen que mejor ilustra el proceso de DTSR es la OCT de células ganglionares. A pesar de lo reducido de la muestra, en nuestra experiencia, la OCT de la capa de fibras y la OCTA peripapilar tienen una utilidad más baja. En cuanto a la aparición del fenómeno, hemos comprobado casos de aparición muy precoz (9 semanas) cuando otros autores mantienen que aparece entre 1-2 años después del evento.

Conclusión: Esta serie de casos contribuye a mejorar nuestro conocimiento de la DTSR y proporciona información relevante acerca de la evolución clínica del proceso. También nos sirve para caracterizar la progresión de la DTSR con la finalidad de relacionarla con dos áreas de gran interés clínico: la neuroprotección y la rehabilitación visual precoz. Aceptando la teoría de la neuro-plasticidad, podemos pensar que vía farmacológica o bien, vía rehabilitadora, se pueda mejorar el status visual de los pacientes.

CC44

HEMIANOPSIA HOMÓNIMA COMO PRESENTACIÓN DE CARCINOMATOSIS MENÍNGEA

Mario Sebastián Hernández Soto, Miguel Hurtado Cerezo, Sara Mora Sáez, Francisco José Ramos Martí

Introducción: La carcinomatosis meníngica es la infiltración tumoral sólida de estructuras leptomeníngicas (piamadre y aracnoides). Se estima una prevalencia de 8% en los pacientes con cáncer sometidos a autopsia. Se debe sospechar ante pacientes con antecedente de cáncer que presenten déficit neurológico, como mononeuropatías craneales múltiples y/o síntomas atribuibles a hemisferios cerebrales.

Caso clínico: Paciente varón de 49 años con antecedente de adenocarcinoma gástrico en etapa IV de reciente diagnóstico, durante su ingreso refiere disminución de visión brusca en ojo izquierdo. Tras ser evaluado de urgencia se objetiva pupilas isocóricas y fotorreactivas sin defecto pupilar aferente relativo (DPAR), agudeza visual 1.00 en ambos ojos, segmento anterior y examen de fondo de ojo dentro de la normalidad. Al realizar campo visual (CV) por confrontación se sospecha hemianopsia homónima izquierda, que se confirma con campimetría 30-2. Se realiza Tomografía Axial Computarizada cerebral sin contraste, que no evidencia hallazgos patológicos. Sin embargo, ante la alta sospecha clínica se solicita Resonancia Magnética cerebral con administración de contraste, que evidencia alteración en la intensidad de señal con marcada restricción de la difusión a nivel del córtex del lóbulo occipital y parietal derecho, sin edema vasogénico ni citotóxico. Hallazgos sugestivos de carcinomatosis leptomeníngica avanzada. Permanece ingresado a cargo de oncología, con cuidados paliativos, falleciendo a los 10 días del inicio de los síntomas visuales.

Conclusión: La carcinomatosis leptomeníngica es una complicación oncológica grave con elevada mortalidad a corto plazo. Destacar la relevancia de efectuar un examen clínico oftalmológico sistemático, que incluya CV por confrontación, en este caso permitió objetivar un déficit neurológico focal sensorial claro, cuya etiología fue confirmada con neuroimagen.

CC45

NEUROPATÍA ÓPTICA DE PROBABLE ETIOLOGÍA INFILTRATIVA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE PATOLOGÍA HEMATOLÓGICA EN DOS CASOS PEDIÁTRICOS

Mirlibeth Loreto Carrero, María Rodríguez Sánchez, Marcos Muñoz Pérez, Ana Garrote Llordén

Introducción: La neuropatía óptica en el contexto de leucemia o linfoma tiene un amplio diagnóstico diferencial. La confirmación de la etiología de manera oportuna es importante para el inicio del tratamiento, ya que retrasarlo tiene graves consecuencias. La infiltración del nervio óptico (NO) suele ocurrir junto con otros signos y síntomas neurológicos o sistémicos, rara vez es la única manifestación de un proceso hematológico.

Casos clínicos: Presentamos dos casos, niña de 6 años en seguimiento por masa mediastínica, que acude por dolor y fotofobia en ojo izquierdo (OI) con cefalea y vómitos de 3 días. En la exploración la agudeza visual (AV) del ojo derecho (OD) 0.8 y visión bultos OI, defecto pupilar aferente relativo (DPAR) OI, exotropía, déficit en supraducción y ptosis palpebral izquierda, en la fundoscopia (FO) OI edema de papila. Se solicitan resonancia magnética nuclear (RM) compatible con neuritis óptica izquierda y paraclínicos que confirman la sospecha de linfoma linfoblástico T, e inicia tratamiento esteroideo y quimioterápico (QT) presentando mejoría clínica. El segundo caso adolescente de 14 años, con antecedente de leucemia linfoblástica aguda (LLA) en remisión. Acude por pérdida de AV en OD de 2 días de evolución, la exploración revela AV percepción luz (PL) OD y 0.15 en OI, DPAR OD, en el FO y OCT OD apreciamos edema de papila, estrella macular y hemorragias peripapilares, en OI edema de papila. Los hallazgos indican neuropatía óptica bilateral probablemente infiltrativa que se confirma con RM, y orientan a recaída extramedular en sistema nervioso central, se inicia tratamiento médico QT, además de terapia CART-ARI.

Conclusión: La neuropatía óptica infiltrativa en casos hematológicos pediátricos corresponden en su mayoría a LLA. El NO al ser santuario farmacológico es susceptible a recurrencias de malignidad e infiltración, por lo que se debe realizar el estudio sistémico de forma precoz para iniciar tratamiento y preservar la función visual de los pacientes.

CC46

PARÁLISIS DEL TERCER PAR CRANEAL COMO PRESENTACIÓN DE UNA FÍSTULA CARÓTIDO-CAVERNOSA

Mei Martínez Alegre, Sergi Moreno Ferrer, Roberto Correa Soto, Ferrán Llanas Alegre

Introducción: Las fístulas carótido-cavernosas son comunicaciones anómalas entre el seno cavernoso y el sistema arterial carotídeo, poco frecuentes en la práctica médica. En algunas se produce resolución espontánea por trombosis del segmento afecto. Se presenta el caso de diferentes manifestaciones oculares que puede producir esta patología.

Caso clínico: Un varón de 59 años acudió a urgencias con dolor en ojo izquierdo de tres semanas de evolución. Presentaba una limitación en la adducción, supravversión y levovversión, con conservación de la abducción del ojo izquierdo, sin compromiso pupilar. Se diagnosticó como parálisis del tercer par craneal y según protocolo, se solicitó una analítica sanguínea, un TAC craneal y una RMN.

A las 3 semanas el dolor se acompañaba de ptosis, proptosis y cefalea pulsátil. Presentaba visión en cuenta dedos, persistía la parálisis del III PC pero con midriasis media fija izquierda. Se apreciaba arterialización conjuntival en «caput medusae». El fondo del ojo mostró un desprendimiento neurosensorial de retina y microhemorragias periféricas. La OCT del ojo izquierdo reveló edema macular y un desprendimiento seroso de retina. Los resultados del TAC y la RMN solo mostraron tortuosidad del nervio óptico izquierdo pero bajo la sospecha clínica de una fístula carótido-cavernosa se solicitó una angiografía que confirmó el diagnóstico. El paciente fue tratado con éxito mediante embolización arterial por radiología intervencionista. Al control presentaba AV de 0.6, midriasis izquierda reactiva, resolución de la arterialización conjuntival, desaparición del dolor y mejoría de la motilidad ocular. La OCT mostró resolución del desprendimiento de retina.

Conclusión: Las fístulas carótido-cavernosas son un reto en el diagnóstico y tratamiento, ya que forman parte de las afecciones neuro-oftálmicas poco frecuentes. Requieren de una alta sospecha diagnóstica para poder ofrecer un tratamiento precoz y minimizar sus complicaciones.

CC47

OFTALMOPATÍA ISQUÉMICA COMPRESIVA SECUNDARIA A POSICIÓN DE DECÚBITO PRONO

Josep Rosinés Fonoll, Rafel Alcubierre Bailac, Javier Nogués Castell, Bernardo Sánchez Dalmau

Introducción: El síndrome compresivo orbitario se puede provocar tras posicionamiento prono intraquirúrgico (pérdida visual perioperatoria) o como tratamiento de insuficiencia respiratoria.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 50 años sin antecedentes oftalmológicos que se somete a cirugía de raquis por estenosis lumbar en decúbito prono durante 6 horas. Tras la intervención refiere dolor periorbitario y amaurosis izquierda. La exploración oftalmológica muestra midriasis fija, oftalmoplejía completa y agudeza visual (AV) de percepción de luz. En el fondo de ojo se evidencia palidez papilar e isquemia retiniana difusa. La resonancia magnética (RM) muestra hiperintensidad difusa en la cara posterior del globo ocular y en musculatura extrínseca. A pesar de corticoterapia empírica, al mes de seguimiento solo hay recuperación de la motilidad extrínseca. Caso 2: hombre de 80 años con antecedentes de vasculitis leucocitoclástica ingresado por neumonía SARS-COV2 que requirió de colocación en decúbito prono durante 48 horas. A la extubación presenta edema periocular y dolor en ojo derecho. La exploración oftalmológica muestra una midriasis fija, oftalmoplejía completa y AV de no percepción de luz. En el fondo de ojo se evidencia un edema papilar, palidez difusa retiniana con presencia de mancha rojo cereza. La RM también muestra hiperintensidad difusa en músculos y cara posterior del globo. Durante el seguimiento no presenta mejoría de la AV y persiste oftalmoplejía parcial.

Conclusión: El aumento de presión orbitaria debido a la posición del paciente compromete la vascularización arterial y venosa. Cursa con alteración en la AV, midriasis pupilar, dolor a la movilización ocular y oftalmoplejía en menor o mayor grado. Radiológicamente se pueden observar signos de isquemia en retina y en musculatura extrínseca. Aunque no existe un tratamiento estándar, en la literatura se plantea el uso de corticoterapia con resultados variables.

CC48

ECOGRAFÍA ESTANDARIZADA EN UN CASO DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL SECUNDARIA A TROMBOSIS DEL SENO SIGMOIDE POR OTITIS MEDIA

Daniel Sánchez Martínez, Silvia Pagán Carrasco, Jesús Lara Peñaranda, Alba García Marco

Introducción: La otitis media es una patología habitual especialmente en la población pediátrica pero no por ello banal ya que, aunque afortunadamente de manera infrecuente, pueden aparecer complicaciones graves que pueden llegar a comprometer incluso la vida de los afectados.

Caso clínico: varón de 6 años que acudió a urgencias por otalgia izquierda de 24 horas de evolución y fiebre de 38°C. Se le pautó tratamiento antibiótico y antiinflamatorio pero al mes consultó de nuevo por urgencias con alteración del nivel de consciencia. En la tomografía axial computerizada (TAC) se evidenció un defecto de repleción del seno sigmoide izquierdo compatible con trombosis y en el hemocultivo proliferó un *Streptococo pyogenes*. Se trató con anticoagulación (Warfarina) y antibiótico (amoxicilina-clavulánico). Al mes de iniciar tratamiento se presentó de nuevo en urgencias por diplopía de 48 horas de evolución. Presentaba una oftalmoparesia del VI par y en la exploración de fondo de ojo se apreció edema de ambos discos ópticos, confirmado con tomografía de coherencia óptica. Se le realizó una ecografía estandarizada de ambos nervios ópticos, presentando un engrosamiento patológico del diámetro subaracnoideo, con un test de 30° positivo en ambos casos, confirmando que dicho engrosamiento era a expensas de un aumento de fluido subaracnoideo. Ante el diagnóstico de hipertensión intracraneal se realizó interconsulta a neuropediatría, quien inició tratamiento oral con inhibidores de la anhidrasa carbónica, mejorando el edema de papila y la oftalmoparesia. En la actualidad el paciente se encuentra asintomático.

Conclusión: La ecografía ocular estandarizada, aunque infrutilizada, tiene un especial valor sobre todo en los casos de sospecha de hipertensión intracraneal ya que es la única prueba de imagen capaz, no solo de objetivar un aumento en el tamaño del nervio óptico, sino también de aportar un diagnóstico etiológico de manera no invasiva y sin radiar a los pacientes.

CC49

SÍNDROME DE ATAQUES DE MIGRAÑA SIMILARES A ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DESPUÉS DE RADIOTERAPIA. REPORTE DE UN CASO

Beatriz Son Camey, Fernando Donaire Marqués, Gerardo Ojeda García, Consuelo Gutiérrez Ortiz

Introducción: El síndrome de ataques de migraña similares a accidente cerebrovascular después de la radioterapia (SMART) es una complicación tardía de la radiación craneal que puede malinterpretarse como recurrencia del tumor u otra enfermedad neurológica.

Caso clínico: Mujer de 46 años que consultó por disminución de agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD), cefalea y confusión. Antecedente de meduloblastoma cerebeloso tratado hace 18 años mediante cirugía, radioterapia y quimioterapia. Después del tratamiento no presentó ningún déficit neurológico.

A la exploración física destacaba disfasia hipofluente leve-moderada, con parafasias fonémicas y semánticas ocasionales, circunloquios y dificultad para comprender órdenes complejas. No presentaba alteraciones en la exploración oftalmológica. La paciente fue ingresada. Durante el ingreso presentó varios episodios sugestivos de crisis focales con alteración del nivel de conciencia. Presentó escotoma temporal en OD, por lo que se realizó un campo visual (CV) que mostró hemianopsia homónima derecha. En la resonancia magnética nuclear (RMN) se observó engrosamiento cortical en región parieto-temporo-occipital izquierda con hiperintensidad de señal en secuencias T2 y Flair, con realce cortical y leptomeníngeo tras la administración de gadolinio, sin secuencia de difusión clara. Fue diagnosticada como SMART y se administraron pulsos de esteroides (1000 mg/día). A los tres días del tratamiento desaparecieron las crisis focales y la disfasia. Su campo visual mejoró y los hallazgos de imágenes anormales de la RMN desaparecieron.

Conclusión: SMART es una complicación neurológica rara y tardía relacionada con la radioterapia. Los síntomas y hallazgos de las neuroimágenes suelen resolverse en semanas.

Se ha descrito después de la radiación cerebral focal y difusa, en tumores primarios y metastásicos. El intervalo entre la radioterapia y el diagnóstico de SMART varía de 1 a 35 años. El pronóstico es bueno incluso sin tratamiento.

CC50

SÍNDROME DE MILLER FISHER EN PROBABLE RELACIÓN CON CUADRO DE HEPATITIS CRÓNICA HBEAG NEGATIVO

Jesús Torres Medina, Cristina Nieto Gómez, Javier Pascual Prieto, Ibrahim Roberto Martínez Campo

Introducción: El síndrome de Miller Fisher constituye una variante rara del síndrome de Guillain-Barré. Se caracteriza por la tríada de oftalmoplejía, ataxia y arreflexia. Suele ocurrir tras una infección respiratoria o digestiva, especialmente por determinadas cepas de *Campylobacter jejuni*, al inducir la producción de anticuerpos frente a gangliósidos GQ1b por un mecanismo autoinmune de mimetismo molecular.

Caso clínico: Mujer de 50 años que acude por inicio agudo de diplopía binocular horizontal. En la exploración se observó endotropía y limitación para la abducción de ojo izquierdo, llegando a línea media, compatible con una paresia del VI par craneal izquierdo.

A los dos días del ingreso se observó cuadro progresivo de oftalmoplejía completa, ataxia y arreflexia, con pupilas midriáticas arreactivas y resonancia magnética craneal normal. Al pautar inmunoglobulinas intravenosas desapareció la diplopía en posición primaria de la mirada (PPM) a los cuatro días y la focalidad neurológica y alteración pupilar a la semana, manteniendo la oftalmoplejía durante un mes. La serología viral, una elastografía hepática alterada y la presencia de anticuerpos IgG frente a los gangliósidos GT1a y GQ1b confirmó el diagnóstico de síndrome de Miller Fisher en probable relación con cuadro de hepatitis crónica HBeAg negativo.

A los tres meses se observó mínima endotropía al disociar en visión cercana y lejana, con diplopía de 14 dioptrías de base externa en ojo derecho en dextro, levo, supra e infraversión, sin restricciones para la abducción (que sí presentaba a los dos meses). Sin embargo, continúa sin diplopía en PPM, por lo que se desestima intervención oftalmológica por el momento.

Conclusión: La afectación de los músculos extraoculares como primera manifestación hace que este síndrome poco frecuente pueda presentarse al oftalmólogo. Tras una revisión bibliográfica, se ha encontrado un único caso en relación con hepatitis B, aguda, ninguno relacionado con un cuadro crónico.

CC51

SERIE DE CASOS DE PACIENTES CON MANIFESTACIONES OFTALMOLÓGICAS POR MONKEYPOX EN ESPAÑA

Sofía Bryan Rodríguez, Marina Fernández Jiménez, José María Ruiz Moreno, Luis Celestino Franco Fente

Introducción: El virus de la viruela del mono (MPXV) es un virus zoonótico perteneciente al género Orthopoxvirus. La afectación ocular por MPXV es una complicación de la enfermedad siendo la más frecuente la conjuntivitis. Durante el brote internacional de esta enfermedad, se diagnosticaron 3 casos con diferentes cuadros de afectación oftalmológica, entre los meses de julio y septiembre de 2022.

Casos clínicos: Caso 1: Mujer caucásica, 47 años, con edema periorbitario, limitación de la apertura ocular y una lesión costrosa de 5 cm en la ceja acompañada de lesiones vesículo-pustulosas. Además presentaba fiebre, lesiones vesículo-pustulosas en las extremidades y adenopatías cervicales. La lesión en la ceja comenzó 5 días después de un microblading estético. Se diagnosticó de celulitis preseptal en contexto de infección por MPXV, confirmada con PCR y tratado con antibioterapia intravenosa. Caso 2: Varón caucásico, 42 años, con antecedentes de relaciones sexuales con hombres, que presentaba secreción purulenta en ojo derecho, infiltrados blanquecinos conjuntivales y edema periorbitario. Se diagnosticó de celulitis preseptal y conjuntivitis por MPXV, confirmado en frotis conjuntival(PCR). Fue tratado con antibioterapia intravenosa y 600mg de tecovirimat. Caso 3: Varón, 36 años, con virus de la inmunodeficiencia humana y antecedentes de relaciones sexuales con hombres, que mostraba hiperemia conjuntival y un nódulo subconjuntival con un defecto corneal epitelial paralimbar asociado. El frotis conjuntival resultó positivo para MPXV(PCR). El paciente recibió tratamiento con tecovirimat 600mg y tópico.

Conclusión: Se han descrito casos de afectación conjuntival por MPXV, sin embargo, no se han descrito casos de celulitis preseptal, tratados con tecovirimat o en los que la infección se hubiera adquirido tras un microblading. Los oftalmólogos deben conocer las manifestaciones oculares del MPXV para así reducir el riesgo de secuelas visuales permanentes.

CC52

LINFOMA VITREORRETINIANO PRIMARIO CON BUENA RESPUESTA A LOS DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO TRAS MANEJO CON TRATAMIENTO SISTÉMICO

Enrique España Vera, José Belda Márquez, José Juan Mondéjar García

Introducción: El linfoma vitreorretiniano primario (PRVL) es un subtipo de linfoma primario del SNC, se trata de un linfoma no Hodgkin extranodal de alto grado que afecta a vítreo, retina o nervio óptico. El SNC se ve afectado al diagnóstico en un 16-34% de los casos. Su etiopatogenia no es del todo conocida. Se presenta con miodesopsias o como pérdida de agudeza visual (AV) indolora. Los signos más comunes son vitritis, cambios pigmentarios e infiltrados subretinianos por invasión directa. Su diagnóstico requiere un abordaje multidisciplinar.

Caso clínico: Mujer de 67 años que nos remiten de otro centro por la presencia de una vitritis bilateral intensa. En la exploración la AV inicial fue de 0,1 en ojo derecho (OD) y 0,9 en ojo izquierdo (OI), presentado un perfil foveal conservado en la tomografía de coherencia óptica (OCT) y en la ecografía evidenciando un vítreo muy denso en OD. No presentaba ningún antecedente médico de interés. En un primer momento se solicitaron pruebas de despistaje para uveítis resultando negativas, iniciándose un tratamiento con corticoides orales y perioculares. La falta de respuesta al tratamiento hizo sospechar un posible síndrome de mascarada, programando una vitrectomía diagnóstica en el OD. El análisis mediante citometría de flujo mostró el diagnóstico de infiltración con linfocitos B de tamaño grande CD 19+ compatible con linfoma vitreorretiniano primario. No se observó afectación sistémica en el estudio de extensión. Se inició tratamiento sistémico con Rituximab, metotrexato y citarabina. Tras dos años desde el diagnóstico, la paciente mantiene agudezas visuales de 1 en ambos ojos sin signos de recaída.

Conclusión: Se trata de una patología poco frecuente pero de gran interés, debido a su mal pronóstico. Es de relevancia tener en mente posibles síndromes de mascarada para no retrasar su diagnóstico y establecer un tratamiento precoz y eficaz. En el seguimiento oftalmológico, la OCT y la autofluorescencia son de gran interés para la monitorización del tratamiento.

CC53

ORIENTACIÓN ECOGRÁFICA EN TUMOR LINFOPROLIFERATIVO EXTRAOCULAR DE PRESENTACIÓN INDOLENTE

Alba García Marco, Daniel Sánchez Martínez, Javier Sornichero Martínez, Ignacio Lozano García

Introducción: Los tumores linfoproliferativos oculares pueden presentarse con signos y síntomas inespecíficos que dificultan su correcto diagnóstico, demorando el tratamiento y por tanto ensombreciendo el pronóstico tanto visual como vital. El correcto uso de la ecografía ocular puede ayudar a orientar etiológicamente reduciendo el tiempo de respuesta.

Caso clínico: Varón de 79 años con baja agudeza visual en ojo izquierdo de dos meses de evolución, edema intrarretiniano macular y alteración del perfil del epitelio pigmentario. Se trató inicialmente como una neovascularización polipoidea durante un año sin éxito. En la ecografía ocular se apreció un engrosamiento esclerocoroideo que alcanzaba ecuador y un nódulo subtenoniano retroecuatorial, muy sugestivo de enfermedad linfoproliferativa. Se obtuvo buena respuesta con tratamiento corticoideo, reduciéndose el engrosamiento esclerocoroideo. Ante la intolerancia a los corticoides, se optó por biopsiar el nódulo subtenoniano, siendo posteriormente catalogado como linfoma MALT de bajo grado. El estudio de extensión fue negativo, instaurándose radioterapia externa. Tras el tratamiento desapareció el engrosamiento esclerocoroideo y el edema intrarretiniano hasta el día de hoy, conservando el paciente una agudeza visual de 0'6.

Conclusión: Ante la presencia de pliegues coroideos y exudación retiniana sin causa aparente, la exploración ecográfica de coroides, esclera y región extraocular descubrió un nódulo extraocular subconjuntival que resultó clave para el correcto diagnóstico etiológico del proceso. Otras pruebas, como la tomografía óptica de coherencia, no son capaces de localizar este tipo de lesiones por su ubicación extraocular, mientras que un scanner o resonancia difícilmente podrían hacerlo tampoco por el reducido tamaño de la lesión. Por estos motivos, consideramos la ecografía ocular una herramienta indispensable de exploración, especialmente en los casos con sospecha de patología tumoral.

CC54

TÉCNICA DE NO CONTACTO PARA TRATAR LA MIGRACIÓN DEL IMPLANTE INTRAVÍTREO DE DEXAMETASONA (OZURDEX®)

Marta Isabel Martínez Sánchez, Rafael Cañones Zafra, M.^a José Crespo Carballés, Miguel A. Teus Guezala

Introducción: El implante intravítreo de dexametasona (Ozurdex®, AbbVie) es un dispositivo biodegradable utilizado para una gran variedad de patologías retinianas. Su migración a cámara anterior no es excepcional, especialmente en pacientes pseudofáquicos que hayan tenido complicaciones en la cirugía, pudiendo ser causa de patología severa, por lo que se requiere su extracción. Debido a la fragilidad del implante retirarlo resulta todo un reto.

Técnica quirúrgica: Describimos una técnica sencilla de retirada de implante. Bajo anestesia tópica, primero se realiza una paracentesis a través de la cual introducimos el terminal de irrigación. Tras ello realizamos la incisión principal frente a la paracentesis con irrigación continua. Sin retirar la cánula de irrigación, con la ayuda del manipulador de núcleo se realiza una suave depresión del labio posterior de la incisión principal. Por cambios de presión el implante es expulsado en una sola pieza por el flujo de salida creado a través de la incisión principal. La cirugía finaliza con la hidratación de las incisiones corneales.

Conclusión: La extracción de Ozurdex® de cámara anterior con pinza supone un reto debido a su fragmentación en la maniobra y el efecto negativo de que queden restos del implante en ella. Proponemos una técnica fácil y segura para extraerlo en una sola pieza sin necesidad de manipulación, con los beneficios que esto aporta en la recuperación postquirúrgica.

CC55

MANEJO DE HEMORRAGIA EXPULSIVA DURANTE TRABECULECTOMÍA Y RECONSTRUCCIÓN MEDIANTE PARCHÉ DE PERICARDIO BOVINO

Sergio Pérez de Paz, Teresa María Pérez Martínez, Pilar Ortega Campos, Rosa María Jiménez Escribano

Introducción: La hemorragia expulsiva es la complicación más temida en una cirugía oftalmológica. Aún conteniéndola en un primer momento, presenta secuelas que requieren una segunda cirugía con pronóstico incierto. Se presenta un caso de hemorragia coroidea y vitreorragia tras trabeculectomía y su reparación diferida.

Caso clínico: Paciente de 78 años con Glaucoma pseudoexfoliativo de OI y antecedentes de pseudofaquia y trombopenia corregida con corticoides orales. Se realiza trabeculectomía superior bajo anestesia retrobulbar sin complicaciones hasta el momento de la iridectomía tras la cual, el ojo queda en atalamia, se observa probable subluxación de complejo LIO-saco y se hernia coroides y vitreo. Se consigue suturar tapete escleral y conjuntiva con seda 8/0 y se realiza simultáneamente vitrectomía automática en lecho. No se pierde fulgor. A las 24 horas y sin seidel, mantiene atalamia con hemorragia coroidea temporal y PIO en 10mmHg tras toma de acetazolamida. Con tratamiento corticoideo y antibiotico oral y topico, se revisa esperando resolución de hemorragia coroidea. Al retraer conjuntiva a los 10 días, se visualiza vitreorragia en lado nasal del tapete hasta limbo con cámara amplia, sin seidel ni tyndall. Mantiene hemorragia coroidea que tapa macula desde cuadrante temporal superior. A las 3 semanas presenta un mínimo seidel debajo de prolapso vitreo, que permanece estable, y se decide cirugía bajo anestesia general. Se realiza sutura de dehiscencia escleral tras vitrectomía manual e implante de pericardio bovino sobre la trabeculectomía. A las 24 horas se observa menor hemorragia coroidea, cámara amplia y mejor AV con PIO en 30mmHg.

Conclusión: El manejo intraoperatorio de una hemorragia expulsiva es un desafío para todo cirujano oftalmológico. Se deben conocer los signos de alerta para proceder al cierre ocular inmediato. El sangrado repetido e incoercible es el mayor riesgo cuando se plantea reparación de las secuelas mediante una cirugía reconstructiva.

CC56

LEIOMIOMA DE CUERPO CILIAR DE ORIGEN MESOECTODÉRMICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Joel Roura Turet, Josep M. Caminal Mitjana, Daniel Lorenzo Parra

Introducción: El leiomioma mesoectodérmico es un tumor del cuerpo ciliar de muy baja prevalencia, que se origina de la cresta neural y presenta características miogénicas y neurogénicas. Tiene una predilección característica en pacientes jóvenes, la mayoría mujeres. Puede presentarse en forma de pérdida de agudeza visual o de forma asintomática. Tiene un aspecto gomoso, amarillo-anaranjado, cupuliforme y altamente vascularizado. En pocos casos se presenta como estafiloma anterior. Suele crecer lentamente por el espacio supracoroideo. Histológicamente está formado por células fusiformes con abundante citoplasma fibrilar eosinófilo. Por inmunohistoquímica, es positivo por actina específica del músculo, desmina, vimentina, h-caldesmon y α -actina de músculo liso.

Caso clínico: Paciente hombre de 18 años derivado por pérdida de agudeza visual izquierda de un año de evolución, junto con observación, por parte de sus familiares, de una masa ocular izquierda de un mes de evolución. Tenía un estudio de extensión negativo. Presentaba una agudeza visual izquierda de 0,5/0,8 y, a la exploración, se apreció una ingurgitación venosa escleral, junto con adelgazamiento y protrusión de la misma esclera, corroborado por OCT. Por fondo de ojo, se evidenciaba una lesión rojiza temporal, multilobulada, amelanótica y homogénea. Ecográficamente, medía 16x16x10 mm, con ángulo kappa y flickering presentes. Se realizó una resección transescleral de la lesión, junto con facoemulsificación y vitrectomía pars plana, sin incidencias. El resultado de anatomía patológica resultó ser de leiomioma mesoectodérmico.

Conclusión: El leiomioma de cuerpo ciliar es un tumor muy poco prevalente que tenemos que tener presente en el diagnóstico diferencial del melanoma uveal. Debido a que resulta muy difícil diferenciarlos por sus características clínicas, radiológicas y ecográficas, la inmunohistoquímica y la histología resultan imprescindibles para el diagnóstico definitivo.

CC57

MANEJO DE ESCLERITIS NECROTIZANTE CON INJERTO PERICRÁNEO

Claudia Alessandra Zambrano Santoyo, María Antonia Fagúndez Vargas, Almudena Moreno Martínez, Sergio Copete Piqueras

Introducción: El manejo de la escleritis necrotizante incluye tratamiento médico y en algunos casos, quirúrgico. Se presenta el caso de una paciente con mala respuesta a corticoides, que tras tratamiento biológico y una intervención con parche escleral fallida, se le realiza un injerto pericráneo en zona de escleromalacia con buena evolución posterior.

Caso clínico: Mujer de 60 años en seguimiento por escleritis necrotizante de mala evolución. Entre los antecedentes destaca el diagnóstico de artritis reumatoide y el tratamiento crónico con 5 mg de prednisona diarios. La paciente había sido tratada con inmunosupresores e inmunomoduladores sin buena respuesta presentando una escleromalacia y estafiloma en la región temporal del ojo izquierdo. Se realizó un injerto de esclera con una duración inferior a los 6 meses por lo que se decidió el implante de un injerto de pericráneo. Tras un año de seguimiento el injerto permanece estable y solo ha presentado un episodio inflamatorio resuelto con tratamiento tópico.

Conclusión: El injerto de pericráneo es un tejido homólogo, resistente y con células capaces de favorecer la vascularización e integración del mismo. Su uso ha sido descrito en la extrusión de material en pacientes eviscerados, pero no había sido descrito en casos de escleritis necrotizante.

El injerto de pericráneo puede suponer una alternativa en el tratamiento de escleromalacia secundaria a procesos inflamatorios.

CC58

INUSUAL AFECTACIÓN DEL ESTROMA CORNEAL PROFUNDO EN UN CASO DE QUERATOPATÍA CRISTALINA INFECCIOSA

Raquel Amigo Gamero, Daniel de la Fuente Gómez, Jesús Conejero Arrollo

Introducción: La queratopatía cristalina infecciosa se presenta habitualmente con pocos signos inflamatorios y con afectación de las capas más superficiales del estroma corneal. Presentamos un caso con afectación exclusiva del estroma posterior de la córnea.

Caso clínico: Paciente sometida a retrasplante corneal mediante queratoplastia penetrante por descompensación y perforación espontánea del injerto previo, que en el postoperatorio desarrolla opacidad corneal sin signos inflamatorios, con sospecha de queratopatía cristalina infecciosa. Debido a su extensión y afectación del eje visual se somete a nueva queratoplastia. El estudio del botón corneal extraído confirma el diagnóstico. Las imágenes del estudio anatomopatológico muestran intensa afectación de las capas más profundas del estroma corneal por abundantes nichos de cocos gran positivos, respetando el estroma medio y anterior. El cultivo microbiológico confirma la infección por *Streptococcus viridans*.

Conclusión: El caso clínico presentado resulta de especial interés por la infrecuente afectación del estroma posterior en esta entidad clínica. El tratamiento definitivo en estos casos suele ser quirúrgico mediante una nueva queratoplastia, debido a la extensión de la lesión y a la dificultad de penetración de los fármacos hasta el estroma posterior a pesar de un tratamiento antibiótico intensivo.

CC59

PERFORACIÓN CORNEAL BILATERAL SECUNDARIA A CONJUNTIVITIS AGUDA

Aina Mireia Burcet Santiago, Noelia Barriga Barrios, Isabel Caral Vanaclocha, Núria Artells de Jorge

Introducción: Las conjuntivitis secundarias a *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* son infecciones graves y poco frecuentes. Dado el incremento en su incidencia por el aumento de enfermedades de transmisión sexual, es importante su sospecha clínica ante una evolución rápida y tórpida.

Caso clínico: Varón de 28 años que consulta en nuestro centro por conjuntivitis aguda bilateral de 2 semanas de evolución, que había tratado previamente con antibióticos de amplio espectro y corticoides tópicos. A la exploración, la agudeza visual (AV) es de movimiento de manos en ojo derecho y de percepción luminosa en ojo izquierdo. Se objetiva simblefaron, reacción folicular intensa, córnea periférica opaca con adelgazamiento intenso y gran perforación central bilateral con protrusión de iris y atalamia, con expulsión del contenido intraocular en ojo izquierdo. Ante la sospecha clínica de conjuntivitis por gonococo, se extraen muestras del exudado conjuntival para PCR de *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae*, y para cultivo bacteriano. Además, se realiza hemocultivo y serología infecciosa. Se ingresa al paciente, se inicia tratamiento tópico con colirios reforzados, ceftriaxona 1 g endovenoso cada 12 horas y azitromicina 1 g vía oral en dosis única, y se interviene de urgencia con recubrimiento de membrana amniótica (MA) bilateral. Posteriormente, se realiza trasplante esclerocorneal en el ojo derecho y evisceración del ojo izquierdo. El resultado de la PCR resulta negativo con cultivo positivo para *Streptococcus pyogenes*, pero la IgM en sangre para *C. trachomatis* resulta positiva. Posteriormente, se repite el recubrimiento de MA en ojo derecho por otro centro de referencia al que se deriva el paciente. En la evolución postoperatoria, la AV es de 0.05.

Conclusión: La perforación corneal es una rara y grave complicación de la conjuntivitis. Ante una conjuntivitis de mala evolución, es necesario realizar un amplio diagnóstico diferencial e iniciar tratamiento empírico inmediato.

CC60

EL BUENO, EL FEO Y EL MALO. TÉCNICA NO TOUCH PARA TUMORES CONJUNTIVALES CON ALTA SOSPECHA DE MALIGNIDAD

Pilar Escribano Argandoña, Denisse Michelle Espinosa Encalada, Manuel Cebrián Toboso, Marta María Cañete Gómez

Introducción: Describir el manejo de tres tumores conjuntivales con signos de malignidad y su tratamiento mediante la técnica quirúrgica «no touch».

Técnica quirúrgica: Caso 1: Varón de 89 años, remitido por ptosis ojo izquierdo (OI) de meses de evolución. Niega antecedentes oftalmológicos. En la biomicroscopía (BMC) se observa una lesión conjuntival superior, adherida a conjuntiva tarsal extendiéndose por epitelio corneal con vasos tortuosos superficiales, condicionando un simbléfaron secundario. Caso 2: Varón de 79 años, remitido por lesión conjuntival ojo derecho (OD). En BMC se observa una lesión temporal inferior sonrosada con vaso en sacacorchos superficiales e invasión corneal 2mm. Caso 3: Varón de 69 años remitido por lesión conjuntival exofítica de crecimiento rápido en OI. En BMC se objetivó una lesión conjuntival paralimbar con invasión corneal hasta estroma.

Ante la sospecha de malignidad, se decidió realizar resección quirúrgica completa con márgenes de seguridad mediante la técnica «no touch» la cual evita el contacto directo del tumor con los instrumentos quirúrgicos, crioterapia en bordes y quimioterapia tópica adyuvante con mitomicina-C. Finalmente, el estudio anatomopatológico permitió establecer un diagnóstico definitivo definiendo el caso 1 como hiperplasia psdoepitelioiomatosa, «el bueno». El caso 2 un carcinoma espinocelular in situ, «el feo». Y el caso 3 un carcinoma invasivo de células escamosas, «el malo».

En todos los casos se realizó un seguimiento periódico durante seis meses después de la cirugía y ningún de ellos ha presentado recidiva de la enfermedad, ni otras complicaciones asociadas.

Conclusión: Ante la sospecha de tumores conjuntivales malignos, la técnica «no touch» es una excelente opción, además, la crioterapia intraoperatoria y la mitomicina-C intraoperatoria y postquirúrgica mejoran los resultados y las tasas de recidiva, como ocurren en nuestros casos.

CC61

CONVERSIÓN POSTOPERATORIA DE DALK A QUERATOPLASTIA PENETRANTE

Mercedes Molero Senosiáin, Isabeau Houben, Vijay Savant

Introducción: Describir una técnica quirúrgica definitiva ante el caso de la doble cámara tras DALK (Deep anterior lamellar keratoplasty).

Técnica quirúrgica: En algunos países o centros se implanta el lentículo de DALK donante con el endotelio íntegro, aunque la práctica más común es retirarlo ya que esta capa está precisamente conservada en nuestros pacientes. Se presenta un ejemplo de tres casos en los que persistía la «doble cámara anterior» o fluido en la interfase tras la falta de reabsorción espontánea y de respuesta a la inyección de gas SF₆.

Conclusión: Si se dispone del endotelio en el botón donante, se puede hacer una descematorrhexis para resolver la complicación secundaria de fluido en la interfase, resistente a tratamiento.

CC62

QUERATITIS ULCERATIVA PARACENTRAL REUMATOIDEA TRAS CIRUGÍA DE CATARATA

Peio Molinuevo Corera, Jorge Javier Gaitán Valdizán, Armin Mobarak, Andrés Eduardo Vega Cruz

Introducción: Paciente de 71 años acude derivada de otro centro con diagnóstico de perforación corneal en ojo izquierdo (OI). Como antecedentes personales destacan Sd Sjogren primario, Panarteritis Nodosa y Charcot Marie Tooth. 20 días antes fue operada de catarata del OI.

Caso clínico: La paciente refirió lagrimeo continuo tras un esfuerzo desde el día previo, sin dolor. La agudeza visual (AV) fue de 0.1/nm. Se apreciaba un ojo "tranquilo", sin hiperemia ni secreciones. Bajo la lámpara se observó una perforación corneal paracentral inferior a 1mm, edema estromal circundante, pliegues en descemet radiales, Seidel + y atalamia grado 2, sin hipopion ni hipema. Se apreciaba buen fulgor sin poder valorar fondo de ojo. Teniendo en cuenta los antecedentes y la exploración se llegó al diagnóstico de Queratitis Ulcerativa Paracentral Reumatoidea (QUPR). Como tratamiento se colocó Glubran en consulta y lente de contacto. Se pautó Doxiciclina y Ciprofloxacino oral. En colirio Atropina, Vigamox, Dexafree y lágrimas artificiales sin conservantes. Se contactó con Reumatología quien decidió aumentar la dosis de Prednisona oral. Al día siguiente la atalamia se había resuelto y la paciente continuaba sin dolor ni signos de sobreinfección. Tras un seguimiento estrecho los 2 meses siguientes la paciente recuperó totalmente la AV hasta 1/1, persistiendo un mínimo Seidel que terminó por desaparecer aunque con claro adelgazamiento corneal. En este caso, no se optó por una Queratoplastia Penetrante dada la buena recuperación de AV y las posibles complicaciones que puede haber en este tipo de pacientes.

Conclusión: La QUPR es una patología infrecuente relacionada con enfermedades reumatológicas, especialmente con la Artritis Reumatoide. Es importante conocer los síntomas y signos para realizar un diagnóstico correcto y precoz, iniciar tratamiento y evitar posibles complicaciones; así como, trabajar en conjunto con Reumatología para control sistémico de enfermedad de base.

CC63

DESPRENDIMIENTO ESPONTÁNEO DE LA MEMBRANA DE DESCOMET SIN NEUMODISECCIÓN EN FEMTO-DALK TIPO MUSHROOM

Elena Montolío Marzo, David Díaz Valle, Bárbara Burgos Blasco, José Antonio Gegúndez Fernández

Introducción: El propósito del caso clínico es describir un caso de desprendimiento espontáneo de la membrana de Descemet sin neumosdissección en una Femto-DALK (F-DALK) tipo Mushroom.

Caso clínico: Mujer de 46 años diagnosticada de distrofia reticular fue operada de Femto-DALK con configuración tipo Mushroom (F-DALK) en su ojo izquierdo. Tras la trepanación con láser y retirada del estroma superficial con disección manual, una Big Bubble (BB) tipo 2 fue detectada intraoperatoriamente en el AS-OCT (Anterior segment-OCT) sin signos de microperforación asociada. Una retirada más profunda del estroma fue lograda con una disección manual capa a capa con una persistencia de la BB. Tras la disección estromal, la córnea donante fue suturada con 8 puntos de nylon 10-0. El día siguiente, en la AS-OCT se evidenció un desprendimiento parcial de la membrana de Descemet. Tras una semana se produjo una resolución espontánea de este deprendimiento.

Conclusión: Esta complicación intraoperatoria de la F-DALK fue detectada intraoperatoriamente gracias a las imágenes de AS-OCT que pueden mejorar nuestra comprensión de la cirugía y posibles complicaciones asociadas a los procedimientos realizados con Femtolaser.

CC64

ARGIROSIS OCULAR COMO ENFERMEDAD OCUPACIONAL

Gema Rodas Cuevas, Manuel Arias Alcalá

Introducción: La argirosis ocular es el depósito de plata en los tejidos del ojo tras largos periodos de exposición a este metal ampliamente utilizado en platería y fotografía. Estos depósitos, de color marrón verdoso, aparecen en las capas profundas de la córnea a nivel de endotelio, membrana de Descemet y estroma profundo. Está descrita también la coloración gris azulada de la conjuntiva por el depósito de plata a ese nivel. La mayoría de los casos supone un hallazgo casual sin repercusión clínica. Sin embargo, puede ocasionar disminución de visión, así como la formación de cataratas por depósitos de plata en el cristalino. Al tratarse de un trastorno raro y en su mayoría asintomático, el diagnóstico se basa fundamentalmente en signos clínicos. Pruebas complementarias como la tomografía de coherencia óptica corneal (OCT) o la microscopía confocal corneal (MLCF) son útiles a la hora de visualizar los depósitos de plata en las células endoteliales.

Casos clínicos: Se presentan dos casos de argirosis ocular corneal en dos plateros cordobeses con exposición ocupacional a la plata durante más de 30 años.

En la exploración en lámpara de hendidura se evidenciaron depósitos marronáceos a nivel de membrana de Descemet y estroma profundo. Las pruebas complementarias realizadas en ambos pacientes fueron OCT corneal y MLCF permitiendo la visualización de los depósitos en las capas profundas de la córnea.

Conclusión: La argirosis ocular se asocia a largos tiempos de exposición a plata y debe ser considerada como una enfermedad ocupacional en aquellas personas que realizan trabajos relacionados con la manipulación de este metal.

CC65

ABSCESO CORNEAL ATÍPICO POR MYCOBACTERIUM CHELONAE EN PACIENTE SIN FACTORES DE RIESGO

Lourdes Salgueiro Tielas, Daniel Moral Casillas, Javier San Román Llorens, Ignacio Jiménez-Alfaro Morote

Introducción: Mycobacterium Chelonae (M. Chelonae) es una micobacteria atípica de crecimiento rápido, ubicua y de distribución universal. Los infiltrados corneales por micobacterias atípicas son infrecuentes. Los factores de riesgo (FR) por M. Chelonae son: traumatismo, cirugía previa (LASIK, QPP), lentes de contacto (LDC) e inmunosupresión. Un único caso de infiltrado corneal por M. Chelonae en paciente sin factores de riesgo ha sido reportado hasta la fecha.

Caso clínico: Varón de 37 años sin FR acude a Urgencias por dolor y enrojecimiento de ojo izquierdo (OI) de 20 días de evolución. En tratamiento con Tobramicina-Dexametasona y Aciclovir tópico sin mejoría. Presenta una agudeza visual (AV) en OI de 0,1+1 y en la biomicroscopía anterior (BMC) se observa una úlcera corneal de 4mmV x 3,5mmH fluopositiva con adelgazamiento central del 20%, bordes festoneados y PRKs inferiores con posterior placa de fibrina endotelial. No lesiones satélites ni perineuritis. Se realiza raspado corneal e inicio de Oxitetraciclina, Valaciclovir y colirios reforzados de Vancomicina y Ceftazidima.

Tras cultivo positivo para M. Chelonae de crecimiento rápido se decide tratamiento con Claritromicina oral, así como colirio de Amikacina y Vancomicina con importante mejoría a las 72h. Tras 15 días de tratamiento presenta AV de 0.16 con infiltrado más tenue y fluonegativo, iniciándose colirio de Fluorometolona. A los 2 meses de tratamiento el infiltrado estaba completamente resuelto con mínimo adelgazamiento central y persistencia de leucoma central que condiciona AV final de 0.3.

Conclusión: M. Chelonae es una causa poco frecuente de infiltrado corneal en pacientes sin factores de riesgo, pero debe tenerse en cuenta en aquellos casos con mala respuesta al tratamiento. Resulta imprescindible la identificación de dicho microorganismo a fin de llevar a cabo un tratamiento dirigido, teniendo la amikacina y la claritromicina un buen perfil de eficacia y seguridad frente al mismo.

CC66

DEL FENOTIPO A LA CONFIRMACIÓN GENOTÍPICA: UN CASO SOBRE UNA DISTROFIA FLECK

Lourdes Salido Díaz, Javier García-Montesinos Gutiérrez, Samia Mohand Haddouch

Introducción: El objetivo principal del trabajo es, a través de la presentación de un caso clínico, demostrar la utilidad del estudio genético como herramienta fundamental para establecer el diagnóstico definitivo en las distrofias corneales.

Caso clínico: Se estudia el caso de una mujer de 58 años que presenta como antecedentes oftalmológicos astigmatismo elevado e intervención de cataratas. Se describe desde las primeras revisiones en las consultas de oftalmología una distrofia corneal estromal. La paciente se encuentra asintomática. La evaluación clínica de las lesiones fue realizada mediante exploración con lámpara de hendidura, registro fotográfico y tomografía óptica de coherencia de segmento anterior. En un principio se dudaba entre distrofia corneal granular y distrofia fleck. El análisis genético se realizó mediante secuenciación automática de ADN extraído de muestras de sangre periférica.

Conclusión: La exploración con lámpara de hendidura con iluminación directa y con retroiluminación reveló opacidades pequeñas, bilaterales y translúcidas esparcidas por todo el estroma sin un patrón definido. Las imágenes de OCT mostraron las opacidades hiperreflectivas afectando a estroma. El análisis genético descubrió una variante en el gen PIKFYVE en heterocigosis y patrón autosómico dominante. Con los hallazgos clínicos encontrados y el estudio genético positivo para dicha mutación, se puede confirmar el diagnóstico de distrofia fleck, una forma rara de distrofia corneal estromal de herencia autosómica dominante, con una prevalencia $< 1/1\ 000\ 000$. La mutación encontrada produce una deficiencia en la enzima de hidrólisis de los queratocitos y por tanto se acumulan mucopolisacáridos y lípidos intracelulares. Está pendiente la realización del estudio en progenitores para determinar la procedencia o el origen de novo, así como las implicaciones en la descendencia que pueda tener en familiares directos.

CC67

RESULTADOS ANATÓMICOS Y FUNCIONALES DE LA QUERATOPRÓTESIS DE TIPO BOSTON 1 CUBIERTA CON MUCOSA BUCAL COMO ALTERNATIVA PARA CASOS CON ALTERACIONES GRAVES EN LA SUPERFICIE OCULAR

Gloria Segura Duch, Daniel Casado, Gemma Julio, María de la Paz

Introducción: La Queratoprótesis de Boston 1 (B1KPro) se suele empear en ojos con superficie ocular alterada con buen parpadeo e hidratación ocular. Cuando no presentamos dichas características, se prefieren la queratoprótesis de Boston tipo 2 (B2KPro), la osteo-odonto o queratoprótesis ósea tibial. B2KPro no es una opción válida en Europa debido a la falta de marcado CE. Las otras alternativas proporcionan un campo visual reducido, el cilindro óptico es difícil de conseguir, son cirugías muy agresivas y se descartan si hay osteoporosis o edentulismo. Por lo tanto, se deben explorar nuevas alternativas terapéuticas.

Técnica quirúrgica: Este estudio pretende describir los resultados de la B1KPro cubierta con mucosa bucal (B1KProM) en 18 ojos con alteraciones graves en la superficie ocular.

La primera fase de la cirugía consistió en liberar simblefaron preexistentes y tejido fibrótico. A continuación, se implantó un injerto autólogo de mucosa bucal del labio inferior interno en la superficie ocular. La segunda fase implicó la disección y reflexión de la mucosa oral 270 grados dejando una bisagra de 10h a 2h, exponiendo la córnea. Después, se implantó convencionalmente la B1KPro. Finalmente, la mucosa se trepanó centralmente para exponer el cilindro óptico de la prótesis.

Conclusión: El fracaso anatómico se definió como la extrusión de la prótesis (los reemplazos se consideraron un éxito). El fracaso funcional se definió como una agudeza visual corregida postoperatoria $\geq 1,3$ LogMAR (ceguera legal) en dos o más visitas o ninguna mejora en la agudeza visual corregida.

La probabilidad acumulativa de éxito anatómico fue del 88% a los 24 meses (2/18 extrusiones a los 2 y 3 meses). El análisis de supervivencia funcional de Kaplan-Meier (n=9) reveló 1/9 fracasos al final del seguimiento (11%). B1KProM parece ser una alternativa adecuada para casos con alteración severa en la superficie ocular. Las frecuencias de complicaciones fueron similares a las encontradas en otros estudios de B1KPro.

CC68

OFTALMIA NODOSA POR PÚAS DE PROCESIONARIA

Mercedes Sola Sáenz, Elena del Castillo Barroso, Ana Pérez Aranda Redondo, Juan Carlos Rodríguez Carrillo

Introducción: Presentamos el caso de un paciente con Oftalmia nodosa por púa de procesionaria en Cádiz.

Caso clínico: En el caso de nuestro paciente, acudió a Urgencias por traumatismo con rama de pino e intenso dolor en ojo derecho. Preciso atención en servicio de Urgencias generales por cuadro vasovagal. A la exploración presentaba agudeza visual de cuenta dedos. En la biomicroscópica consignamos erosión epitelial, quémosis hemorrágica y numerosas púas de procesionaria con predominio en cuadrante nasal inferior.

Las púas se ubicaban en todas las capas de la córnea, siendo el estroma la capa más afectada. Se intentó la retirada de algunas con hemosteta y pinzas, siendo necesario seguimiento en las siguientes semanas por intensa reacción inflamatoria.

Conclusión: Las procesionaria es una oruga que ha colonizado España a pesar de los tratamientos de control medioambiental. Cuando existe afectación oftalmológica es necesario la retirada cuidadosa de púas superficiales en la primera valoración evitando la ruptura para prevenir la salida de proteínas con propiedades urticantes y proinflamatorias como la Taumoproteína. Se ha demostrado que la persistencia de las púas puede generar reacciones inflamatorias incluso afectación de estructuras internas por tanto se recomienda un seguimiento periódico.

CC69

IMPLANTE DE PARCHE ESCLERAL, RECUBRIMIENTO DE MEMBRANA AMBIÓTICA Y AUTOINJERTO CONJUNTIVAL EN ADELGAZAMIENTO ESCLERAL EXTREMO TRAS CIRUGÍA DE PTERIGION

Andrés Valencia Megías, Beatriz Jiménez del Río, Honorio Javier Pallás Ventayol, Raquel Cebrián Sanz

Introducción: Presentamos el caso de una mujer de 57 años con antecedentes de cirugía de pterigion con mitomicina C en su ojo derecho hace más de 20 años que acude a urgencias refiriendo dolor ocular y la presencia de una mancha azulada que había ido creciendo en la zona previamente intervenida. A la exploración se objetiva un adelgazamiento escleral muy evidente localizado en la zona nasal, por lo que se decide la intervención quirúrgica mediante la colocación de un injerto de esclera donante, recubrimiento con membrana amniótica (MA) y autotrasplante conjuntival.

Técnica quirúrgica: La intervención mostrada en formato vídeo se realizó con la paciente bajo anestesia retrobulbar. Obtenemos el injerto de esclera donante ajustando las dimensiones al defecto escleral de la paciente y lo adelgazamos manualmente con un minicrescent para mejorar su adaptación a los bordes del mismo. Este parche se sutura mediante puntos sueltos de nylon 10/0 y se recubre con un trasplante de MA utilizando adhesivo tisular de fibrina (Tissel). Posteriormente suturamos un autoinjerto de conjuntiva superior sobre la MA adyacente al limbo nasal. Por último, se realiza un avance de la conjuntiva superior sobre el lecho donante utilizando nuevamente Tissel. La evolución post operatoria de nuestra paciente fue satisfactoria.

Conclusión: La utilización combinada de parche de esclera asociado a recubrimiento de MA y autoinjerto conjuntival permite cubrir defectos esclerales extremos provocados por el uso tópico de Mitomicina C cuando la MA se evidencia insuficiente, preservando la integridad del globo ocular y evitando así posibles futuras complicaciones.

CC70

DESCEMETORREXIS BAJO AIRE VS. VISCOELÁSTICO EN QUERATOPLASTIA DESCEMETO-ENDOTELIAL

Rocío Vega González, Francisco Pérez Bartolomé, Marina Fernández Jiménez, Blanca Eslava Valdivielso

Introducción: La descemetorrexis bajo aire se incluye en la descripción inicial por Melles y ofrece la mejor visualización de la membrana de Descemet, sin embargo, la utilización de viscoelástico mantiene la cámara y permite maniobrar con mayor comodidad. El objetivo de este estudio retrospectivo era comparar la efectividad y seguridad de la descemetorrexis realizada «bajo aire» (Da) frente a «bajo viscoelástico» (Dv) en pacientes operados de queratoplastia descemeto-endotelial (DMEK).

Técnica quirúrgica: Para la Da se utilizó como mantenedor de cámara un trócar de 25G (pack de vitrectomía de Alcon Constellation). Para la Dv se inyectó viscoelástico cohesivo 1,0% que se retiraba posteriormente con irrigación-aspiración (Stellaris Bausch&Lomb). El grupo de Da incluyó 10 pacientes y el de Dv 14 (de los cuales, 2 fueron faco-DMEK). Los dos grupos no diferían en edad ni características basales (agudeza visual (AV), espesor corneal (EC), recuento endotelial del donante). El periodo de seguimiento mínimo fue de 6 meses [Dv: 7 meses (RI: 6-8,7 meses) vs Da: 8 meses (RI: 7- 9,2 meses); $p= 0,3$]. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la AV final (Dv: logMAR 0,1 +/- 0,2 vs Da: 0,2 +/- 0,2, $p= 0.9$) o EC final (545 +/- 30 μm vs 490 +/- 47 μm ; $p= 0.09$). El grupo operado con Dv presentó una tasa de rebubbling menor que el operado con Da, aunque no estadísticamente significativa (26 % vs 32 %, $p= 0.4$).

Conclusión: Tanto la Da como la Dv fueron técnicas seguras y efectivas, con una menor tendencia al desprendimiento en el grupo tratado con Dv.

CC71

LAS APARIENCIAS ENGAÑAN. LINFOMAS ORBITARIOS

Lorena Azorín Pérez, Marta Pérez López, Marta Solaz Ruiz, Carlos Cauto Picazo

Introducción: El linfoma anexial ocular (OAL) es una forma localizada de linfoma sistémico que afecta la órbita en más de un 50% de los casos, siendo su presentación más frecuente una masa indolora en el cuadrante orbitario superolateral.

Casos clínicos: Describimos 4 casos clínicos con formas atípicas de presentación de linfomas orbitarios en los que la biopsia orbitaria presenta un papel crucial para el diagnóstico de los mismos.

En 2 pacientes, la presencia de tumores primarios conocidos orientó hacia el diagnóstico de metástasis ante la aparición de masas orbitarias. Otra paciente había sido diagnosticada y tratada como Orbitopatía Tiroidea sin respuesta y el último caso fue diagnosticado de inflamación idiopática con respuesta parcial a tratamiento corticoideo y recidiva al suspender el tratamiento.

Conclusión: Es necesario incluir el linfoma en el diagnóstico diferencial de las lesiones orbitarias ocupantes de espacio. La localización de las masas orbitarias y las características de imagen en la TC y la RMN pueden orientar el diagnóstico, pero la biopsia es necesaria para el correcto diagnóstico.

CC72

COLGAJO DE TRIPIER: UNA ALTERNATIVA VERSÁTIL EN EL TRATAMIENTO DEL ECTROPIÓN CICATRICIAL

Denisse Espinosa Encalada, Raquel Maroto Cejudo, Marta Cañete Gómez

Introducción: El colgajo de Tripier (colgajo de transposición musculocutáneo de párpado superior) es una técnica versátil que permite tratar casos de ectropión cicatricial producidos por acortamiento vertical de la lamela anterior del párpado inferior (PI).

Técnica quirúrgica: Se presentan tres casos de ectropión cicatricial tratados con colgajo musculocutáneo de base externa, inervado y unipediculado a partir del párpado superior (PS). Caso 1. Varón de 83 años con ectropión cicatricial bilateral secundario rosácea cutánea. Caso 2. Varón de 77 años con ectropión cicatricial secundario a cirugía de carcinoma basocelular malar ipsilateral. Caso 3. Varón de 27 años con ectropión cicatricial secundario a queloide tras herida palpebral inciso contusa con cristal.

En todos los casos, se diseña el colgajo, seleccionando piel y músculo de párpado superior a la medida del defecto de PI que queremos reparar, como si se realizara una blefaroplastia superior, pero preservando el pedículo externo para asegurar el suministro vascular y nervioso del colgajo. Se realiza una incisión horizontal 2mm bajo el borde palpebral inferior hasta canto interno, a través de la cual se diseca la piel del orbicular del PI con unas tijeras de Wescott para liberar la tracción vertical. Se realiza trasposición del colgajo hacia PI, suturando con puntos sueltos a piel con sutura reabsorbible 6/0. Finalmente, la piel del PS se sutura con monofilamento 6/0 y se fija PI con punto de Frost. Dado que todos los casos presentaban laxitud horizontal, se asoció rombo conjuntival y tira tarsal lateral al colgajo. Todos los casos presentan resolución del ectropión tras un año de seguimiento.

Conclusión: El colgajo de Tripier es una técnica sencilla, efectiva y segura en el tratamiento del acortamiento lamelar anterior que acompaña al ectropión cicatricial, ofreciendo buenos resultados estéticos y funcionales.

CC73

FASCITIS NECROTIZANTE ORBITARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Lucía García Muñoz, Paula Durá Gómez, Cristina Sacristán Egüén, Roberto Víctor Fernández Hermida

Introducción: La fascitis necrotizante es una infección rara del tejido blando subcutáneo caracterizada por una necrosis extensa de la grasa subcutánea, de las estructuras neovasculares y la fascia, con una alta mortalidad asociada.

Caso clínico: Mujer de 89 años sin antecedentes de interés, que tres días tras un traumatismo subciliar izquierdo banal comienza con clínica de celulitis preseptal (eritema y tumefacción palpebral), asociada a malestar general, hipotensión arterial (70/40) y somnolencia. Se toma un hemocultivo que resulta positivo para *S. pyogenes*, siendo diagnosticada de shock séptico severo secundario a celulitis orbitaria, por lo que se decide ingreso con tratamiento intravenoso de antibióticos de amplio espectro y varios fármacos vasoactivos. A nivel orbitario, se aprecia una escara necrótica palpebral asociada a supuración y tumefacción bipalpebral y supraciliar progresiva a pesar del tratamiento antibiótico intravenoso, objetivándose en el TAC signos de celulitis preseptal con reticulación de la grasa postseptal. A nivel ocular presenta una agudeza visual de bultos con un fondo de ojo normal, sospechándose una neuropatía óptica isquémica posterior hipotensiva vs. Embolización séptica vs. Compresiva. Ante la sospecha de una fascitis necrotizante orbitaria, se decide desbridamiento quirúrgico precoz frontopalpebral de espesor completo con toma de cultivos, siendo estos positivos para *S. pyogenes*. Dos semanas tras la intervención inicial, con el shock séptico resuelto y tras dos cultivos palpebrales negativos, se lleva a cabo la reconstrucción de la hemiórbita superior con injerto de área humeral posterior izquierda y colgajo de rotación temporal.

Conclusión: La fascitis necrotizante generalmente se produce tras un trauma menor, siendo fundamental el reconocimiento precoz de los signos, y cuyo tratamiento consiste en el desbridamiento quirúrgico amplio y precoz del tejido necrótico, junto con antibióticos intravenosos de amplio espectro.

CC74

RESECCIÓN DE CARCINOMA DE GLÁNDULAS SEBÁCEAS DE ESPESOR COMPLETO, CON RECONSTRUCCIÓN MEDIANTE TÉCNICA DE CUTLE-BEARD

Damián García Teillard, Ana Camacho Luna, Antonio Tirado Tudela

Introducción: La aparición de tumores palpebrales con comportamiento maligno requiere una resección con márgenes negativos, lo que dado el escaso tamaño de la región anatómica, puede conllevar grandes pérdidas de sustancia, dificultando el cierre, posterior cicatrización del defecto residual generado y pérdida de funcionalidad. La técnica de Cutle-Beard busca «reponer» defectos de espesor completo en párpado superior, mediante la realización de un colgajo procedente de párpado inferior.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 35 años derivado a urgencias de nuestro servicio. Consulta por una lesión en ojo diagnosticada previamente en otro centro como Chalazion que progresa a pesar de haber realizado diversos tratamientos a lo largo de tres meses. Como antecedentes de interés, el paciente está diagnosticado de síndrome de Down, así como retinoblastoma bilateral en la infancia.

A la exploración física, apreciamos una lesión globulosa de gran tamaño y signos de dudosa benignidad que afecta a más de la mitad del párpado superior y espesor completo del tarso, generando una ptosis mecánica, con hendidura palpebral inferior a 1mm y DRM1/DRM2 apenas valorables.

Sospechamos que pueda tratarse de un carcinoma y realizamos biopsia con punch, que es informada como de neoplasia epitelial compatible con carcinoma sebáceo. Oncología por su parte nos indica resección sin terapia adyuvante. Dada la gran afectación palpebral, y previsible importante pérdida de sustancia, nos decantamos por realizar una extirpación en bloque con márgenes libres y reconstrucción palpebral con colgajo siguiendo la técnica de Cutler-Beard.

Conclusión: La resección de un tumor palpebral no solo ha de erradicar el tumor, sino que debe intentar preservar al máximo la función y estética del párpado del paciente. El recubrimiento de la lesión secundaria a la extirpación tumoral con un colgajo inferior mediante la técnica de Cutle-Beard resulta ser una buena opción a tener en cuenta.

CC75

PROPTOSIS TRAS DISPARO CON PISTOLA DE AIRE COMPRIMIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Andrea Jiménez Ruiz, Carlos Plaza Laguardia, Marcos Muñoz Pérez, Borja Errazquín Aguirre

Introducción: los traumatismos oculares suponen una urgencia oftalmológica siendo clave el manejo inicial para un buen resultado visual final del paciente.

Caso clínico: niña de 3 años, sin antecedentes de interés, que recibe un disparo en la cara con una pistola de aire comprimido mientras juega en taller de su padre. En la exploración, presenta importante edema palpebral que imposibilita la apertura ocular, quemosis conjuntival y enfisema subcutáneo. La tomografía computerizada confirma la integridad del globo ocular y presencia de gas en la porción intraorbitaria tanto intra como extraconal. No se observan líneas de fracturas óseas. El gas intraconal ejerce efecto masa con proptosis de ojo izquierdo y compresión del nervio óptico, por lo que se decide descompresión subconjuntival y subtenon a través de vía anterior en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos bajo sedación. La intervención quirúrgica resulta exitosa expulsando el aire retenido. A las 24 horas, la paciente presenta menor quemosis conjuntival con motilidad ocular conservada. Se pauta antibioterapia oral, corticoides a dosis pediátrica y pomada antibiótica. En sucesivas revisiones la paciente se mantiene estable clínicamente.

Conclusión: el uso de este tipo de herramientas en la vida cotidiana nos lleva a enfrentarnos a sus consecuencias en nuestra práctica clínica. Debido a las características anatómicas de la base del cráneo y a su comunicación con el cerebro a través del canal óptico, este tipo de traumatismos pueden generar problemas, no solo a nivel ocular, que debemos tener en cuenta. El enfisema orbitario en ausencia de fractura orbitaria es poco frecuente encontrando pocos casos reportados en la literatura. Un manejo conservador es de elección si no existen signos de alarma, lo que diferencia nuestro caso de otros con clínica y mecanismos lesionales similares.

CC76

ALACRIMA UNILATERAL COMO PRESENTACIÓN DE UN TUMOR EN EL CAVUM DE MECKEL

Ignacio Manuel López Miñarro, Víctor Manuel Asensio Sánchez, Núria Guàrdia Ruiz, Santiago Alejandro Mejía Freire

Introducción: La hipolacrimia o alacrimia es un síntoma inusual que requiere una evaluación profunda. Frecuentemente se asocia con disautonomía, pero también con enfermedades genéticas. Puede ser secundaria a un tumor, traumatismo o cirugía, donde se puede presentar unilateral. El propósito de esta comunicación es informar una presentación poco común de alacrimia unilateral.

Caso clínico: Varón de 44 años con sensación de cuerpo extraño en el ojo izquierdo (OI), que no cede a pesar de usar lágrimas artificiales. En la lámpara de hendidura, se observa en el OI queratitis punctata superficial y «prácticamente» ausencia de menisco lagrimal. En la RMN craneal se observa una imagen nodular de 3 x 3 x 2,5 cm ocupando y expandiendo el cavum de Meckel izquierdo, que desplaza la arteria carótida interna, y con origen en el V par, valorándose schwannoma como primera posibilidad, sin poder descartar meningioma.

Conclusión: Los pacientes con tumores en la fosa trigeminal (o cavum de Meckel) pueden presentar hipolacrimia o alacrimia como único síntoma de presentación. El diagnóstico puede retrasarse debido a una sospecha errónea inicial de ojo seco.

CC77

ROMPIENDO EL PARADIGMA EN LA CIRUGÍA ONCOLÓGICA RECONSTRUCTIVA PALPEBRAL: TÉCNICA DE INJERTO SOBRE INJERTO

Jesús Pérez Fiz, Ángel Arteaga Sánchez, Miguel Herrero González, María Teresa Vozmediano Serrano

Introducción: El dogma central de la reconstrucción en cirugía oncológica palpebral consiste en, además de retirar el tejido tumoral con márgenes libres, realizar la reconstrucción mediante un colgajo y un injerto, de esta manera conservamos la vascularización. Podemos utilizar un colgajo de tarso y conjuntiva y un injerto de piel o bien al revés, utilizar un colgajo de piel con un injerto de tarso y conjuntiva. Siempre se mantiene una de las zonas vascularizadas mediante un colgajo.

Al ser el párpado un tejido tan vascularizado, podemos romper el paradigma anterior mediante la reconstrucción del párpado con dos injertos.

Casos clínicos: Se presentan 4 casos de pacientes diagnosticados de carcinoma basocelular en región palpebral. Se realiza la extirpación del tumor en cada caso con reconstrucción con la técnica de injerto sobre injerto.

Conclusión: La técnica de injerto sobre injerto en cirugía reconstructiva oncológica palpebral es una técnica que tiene buen resultado funcional en el postoperatorio precoz y tardío, evitamos el contacto del tejido donde asentaba el tumor con tejido sano, provocamos menor limitación funcional (por ejemplo con el colgajo de Hughes obligamos al paciente a mantener durante un mes el ojo cerrado), tiene buen resultado estético porque evitamos las tracciones de los tejidos circundantes propias del colgajo y es más sencilla de realizar. Como factores en contra estarían la isquemia y ocasional necrosis del injerto de piel, que suele recuperarse de forma espontánea.

CC78

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL (CENS) ASISTIDA POR NEURONAVEGADOR Y SU APLICACIÓN EN MUCOCELES CON AFECTACIÓN ORBITARIA

Julia Pérez Martínez, Francisco Calleja Casado, Juan Carlos Marrero Pérez, Tomás Pérez Carbonell

Introducción: Los mucocelos son tumoraciones quísticas benignas originadas de la mucosa paranasal que tienden a erosionar sus límites óseos. En ausencia de tratamiento su evolución es hacia el crecimiento progresivo intra/extranasal por acúmulo de moco, extendiéndose hacia cavidades adyacentes como la órbita dando lugar a manifestaciones clínicas habituales de compresión ocular. Presentamos dos casos de afectación orbitaria por mucocelos gigantes que fueron tratados con cirugía endoscópica nasosinusal (CENS) asistida por un sistema de neuronavegación.

Técnica quirúrgica: El primer caso es una paciente con proptosis importante no dolorosa del ojo izquierdo (OI), sin pérdida de agudeza visual ni diplopía, diagnosticada por TC de un mucocelo frontal izquierdo de 5.6x3.5cm con extensión a órbita y fosa anterior. El segundo caso es un paciente con una lesión quística en canto interno superior del OI, sin otra sintomatología, que es diagnosticado por RM de mucocelo fronto-etmoidal de 3,4x2,2cm con extensión anterior hacia saco lagrimal, compresión del músculo recto medio y desplazamiento del lateral del globo ocular. En ambos casos se decidió intervención quirúrgica programada en conjunto con otorrinolaringología. Se optó por un abordaje endoscópico nasal guiado por neuronavegador magnético realizándose una cirugía Draft III en el primer caso y una cirugía personalizada a demanda similar a Draft II en el segundo caso.

Conclusión: Según nuestra experiencia, el abordaje endoscópico combinado con las imágenes intraoperatorias del neuronavegador permite tratar con éxito y de manera cómoda las tumoraciones con afectación orbitaria como los mucocelos gigantes frontales y etmoidales, minimizando la morbilidad de la cirugía orbitaria ya que permite un mejor conocimiento de la anatomía, siendo especialmente útil en casos donde las estructuras orbitarias se encuentran alteadas. Además, afrontar multidisciplinariamente estos tumores es fundamental para obtener mejores resultados.

CC79

INJERTO GRASO AUTÓLOGO EN BLEFAROPLASTIA SUPERIOR PARA SUPLIR LA DEPLECIÓN DE VOLUMEN PERIORBITARIO

María de los Reyes Retamero Sánchez, Francisca Sonia Díaz Calvo, Carmen Miquel López, Manuel Almarcha Menargues

Introducción: Estudio de la técnica de transposición de paquetes grasos postseptales sin pedículo durante la cirugía de blefaroplastia superior hacia zonas temporales periorbitarias, en las que se aprecia atrofia grasa y pérdida de sustancia. Se realiza una revisión sistemática de la literatura y se pone en práctica en el quirófano.

Técnica quirúrgica: Durante la cirugía de blefaroplastia superior se realiza la extracción de paquetes grasos postseptales redundantes mediales (e intermedios si se precisa). Remodelamos este injerto grasa sin pedículo, adaptándolo a las necesidades de relleno del paciente en cuanto a tamaño y forma. Se ancla el injerto en la zona receptora con sutura absorbible de 6/0, ayudándonos de erinas o instrumental similar para abrir el campo. Procedemos con la técnica habitual de sutura y cierre.

Conclusión: La transposición grasa autóloga en blefaroplastia superior en una primera intención es una técnica quirúrgica útil y disponible a la hora de mejorar el resultado de esta cirugía. Los pacientes con atrofia grasa periocular son los candidatos ideales para esta técnica, además de los aquellos con enfermedades autoinmunes a quienes no se les pueda plantear otro tipo de rellenos.

CC80

ENFISEMA CERVICAL TRAS DACRIOCISTORINOSTOMÍA EXTERNA BILATERAL

Pablo Torreló Navarro, Alejandra González Almazán, Jorge Duque García, Javier Ráez Balbastre

Introducción: La dacriocistorrinostomía (DCR) externa es una intervención ampliamente realizada y que suele cursar sin complicaciones. La más habitual en el postoperatorio inmediato es la epistaxis autolimitada, siendo el enfisema subcutáneo mucho menos frecuente, y si se presenta, suele ser de escasa cuantía y duración.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 69 años sometido a DCR externa bilateral tras el diagnóstico de obstrucción completa de vías lagrimales adquirida en ambos ojos (AO). A las 24 h de la intervención el paciente acude por edema progresivo de los cuatro párpados. Ante la sospecha de alergia al antibiótico profiláctico (amoxicilina-clavulánico) se le sustituye por ciprofloxacino. Pese al tratamiento, el edema empeora y presenta crepitación bipalpebral bilateral: al realizar una tomografía axial computerizada (TAC) se detecta enfisema orbitario y subcutáneo bilateral que alcanza región cervical. Ante eventual compromiso de la vía aérea, se procede a ingreso hospitalario para toma de cultivos por sospecha de fascitis necrotizante y control evolutivo. Tras el ingreso, los cultivos fueron negativos y hubo resolución del enfisema a la semana del inicio del cuadro.

Conclusión: El enfisema subcutáneo es una complicación rara en el postoperatorio de la cirugía de vías lagrimales. La fascitis necrotizante es una infección de los planos fasciales potencialmente mortal, que suele originarse tras un traumatismo o cirugía y que se presenta con frecuencia con enfisema y crepitación por necrosis de los tejidos subyacentes. En nuestro caso, la extensión e intensidad del cuadro, y la aparición progresiva del mismo hicieron necesario establecer el diagnóstico diferencial con esta grave infección.

CC81

¿HIPEREMIA DE IRIS O RUBEOSIS IRIDIS? A PROPÓSITO DE UN CASO

Alejandra Álvarez Brandt, Esther Corredera Salinero, Carlos Salvador Fernández Escámez, Esteban Gómez Tarradas

Introducción: La presencia de vasos en el iris a menudo se etiqueta como rubeosis y en la gran mayoría de los casos se le atribuye un origen neovascular-isquémico. En cambio, en casos de uveítis, puede producirse un engrosamiento de vasos iridianos conocido como «hiperemia de iris», en el que los vasos se presentan visiblemente dilatados sin llegar a producirse una verdadera neovascularización.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 71 años con antecedente de accidente cerebrovascular y faquectomizada con lente intraocular que acude a consulta por episodios de uveítis anterior aguda recidivante. En el primer episodio se presenta con edema corneal, precipitados retroqueráticos (PRK) y vasos dilatados iridianos, siendo el resto de exploración sin hallazgos. Esta clínica desaparece por completo con el tratamiento. En brotes sucesivos reaparece de nuevo la hiperemia de iris en el contexto de la uveítis, presentándose, además, en uno de ellos, una úlcera de aspecto neurotrófico. Vuelve a desaparecer la inyección de vasos iridianos con el tratamiento. Hasta la fecha, ha cursado con tres episodios de inflamación acompañados de dilatación de vasos de iris. En el momento actual, seguimos estudiando el caso. Se completa la presentación del caso clínico con resto de pruebas complementarias realizadas (OCT, analítica, gonioscopia, etc).

Conclusión: Aunque existe una pequeña proporción de casos de rubeosis iridiana causada por uveítis, la presencia de vasos dilatados en el iris en el contexto de un síndrome uveítico que remiten con tratamiento corticoideo podría ser simplemente el resultado de la ingurgitación transitoria causada por la propia inflamación. Se necesitaría el reporte bibliográfico de más casos similares para realizar una caracterización más detallada de la hiperemia iridiana, entidad hasta ahora poco descrita.

CC82

TOXOPLASMOSIS OCULAR ATÍPICA COMO CAUSA DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA BILATERAL EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO

Yolanda Cifre Fabra, Gemma Ortega Prades, Noemí Ruiz del Río, Francisca García Ibor

Introducción: La toxoplasmosis ocular constituye la principal causa de uveítis posterior en los pacientes de todas las edades. Además de la presentación clínica típica, en pacientes inmunocomprometidos puede presentarse de forma atípica como placas extensas de retinitis necrotizante, con gran vitritis y puede presentar mayor tasa de complicaciones.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 66 años sometido a un trasplante de progenitores hematopoyéticos por leucemia de células plasmáticas que ingresa por shock séptico de foco desconocido. El paciente refiere visión borrosa bilateral y a la exploración se objetiva vitritis en ojo derecho (OD) y focos de coriorretinitis en ambos ojos. Durante su seguimiento con tratamiento empírico sistémico se produce un desprendimiento de retina (DR) del OD, por lo que se decide cirugía. Se coloca cerclaje, se realiza vitrectomía pars plana (VPP) y taponamiento con aceite de silicona. La PCR para toxoplasma en vítreo resulta positiva y se inicia tratamiento con Pirimetamina el día posterior a la cirugía, con clara disminución del tamaño de los focos de coriorretinitis y mejoría de la agudeza visual. En una de las revisiones sucesivas a las 5 semanas de la cirugía se objetiva un DR en ojo izquierdo (OI), asintomático, con el área macular aplicada y con vítreo claro, posiblemente en relación a la retracción de los focos. Se realiza VPP y taponamiento con aceite de silicona. Actualmente el paciente presenta focos cicatriciales sin signos de reactivación en ambos ojos.

Conclusión: El diagnóstico de las uveítis en pacientes inmunocomprometidos es complejo ya que pueden manifestarse con una clínica atípica y la serología puede ser variable. El manejo multidisciplinar de estos pacientes es clave para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Además, es importante realizar un seguimiento estrecho incluso cuando se produce mejoría clínica para hacer un diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones.

CC83

SÍNDROME DE COGAN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Santiago Mejía Freire, Laura Prieto Domínguez, Lidia Cocho Archiles, José María Herreras Cantalapiedra

Introducción: El síndrome de Cogan (SC) es una enfermedad rara que afecta con mayor frecuencia a adultos jóvenes y presenta una amplia gama de manifestaciones oculares, auditivas, vestibulares y sistémicas. Se han reportado muy pocos casos en España y a nivel mundial.

Caso clínico: Un varón de 40 años acudió al servicio de oftalmología por presentar visión borrosa y dolor en el ojo derecho de tres días de duración. La agudeza visual en ese ojo fue de 0.8. Durante la biomicroscopia de polo anterior, se observó un fenómeno de Tyndall sin otros hallazgos relevantes. Dos días después, se evidenciaron precipitados retroqueráticos e infiltrados corneales estromales. Dos meses antes, se le había diagnosticado una laberintitis idiopática bilateral con cofosis secundaria. Después de realizar varios estudios complementarios, se estableció el diagnóstico de SC. Se inició el tratamiento con dexametasona tópica y metilprednisolona y rituximab sistémicos. Una semana más tarde, los síntomas oftalmológicos mejoraron; sin embargo, la cofosis no mostró mejoría.

Conclusión: El SC, escasamente descrito en la literatura (aproximadamente 300 casos), es una entidad rara cuya etiología no está claramente dilucidada. Se han observado una amplia variedad de manifestaciones oftalmológicas, como queratitis intersticial y uveítis, como en este caso, así como conjuntivitis, escleritis, neuritis óptica e incluso vasculitis retiniana. Las manifestaciones audiovestibulares se asemejan a un síndrome de Ménière, con repercusiones irreversibles en la mayoría de los casos. Los síntomas sistémicos incluyen fiebre, pérdida de peso y dolor abdominal, los cuales no estuvieron presentes en este caso. Aunque no se ha demostrado la eficacia de los corticoides e inmunosupresores, todavía se utilizan en el tratamiento. El síndrome de Cogan sigue siendo un desafío tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, y puede terminar en sordera y ceguera.

CC84

SÍNDROME DE HARADA EN EL CONTEXTO DE INFECCIÓN POR SARS-COV-2. A PROPÓSITO DE UN CASO

Samia Mohand Haddouch, Margarita Jodar Márquez, Lourdes Salido Díaz

Introducción: Presentamos el caso de un paciente de 67 años que acudió a nuestro servicio de urgencias por cefalea, acúfenos y sensación de pérdida visual en ambos ojos de dos semanas de evolución. No antecedentes sistémicos u oftalmológicos previos de interés, a excepción de sinusopatía frontal tratada con antibioterapia las semanas previas al inicio de los síntomas.

Caso clínico: Tras exploración y pruebas complementarias pertinentes se objetiva desprendimiento de retina bilateral seroso lobulado con pliegues coroideos marcados. Ante la sospecha de síndrome de Harada se decide ingreso hospitalario en la planta de Medicina Interna. Las pruebas complementarias solicitadas no mostraron alteraciones. La analítica sanguínea realizada fue compatible con la normalidad y la resonancia magnética descartó lesiones intracraneales ocupantes de espacio. Se realizó punción lumbar con resultado de LCR compatible con meningitis linfocitaria y gérmenes negativos.

Conclusión: Previo a ingreso hospitalario se obtiene positividad en exudado nasofaríngeo para antígeno SARS-CoV-2. Se indica pulsoterapia corticoidea e inmunosupresión vía oral con prednisona y micofenolato mofetilo durante el mismo. El paciente evoluciona favorablemente decidiendo alta hospitalaria y seguimiento en nuestras consultas. Posteriormente, desarrolla como complicación neovascularización coroidea con formación de membrana neovascular localizada en haz papilomacular de ojo izquierdo que requirió tratamiento con fármacos antiVEGF (Ranibizumab) con buena evolución hasta el momento. Se expone el presente caso clínico planteando una posible asociación entre el cuadro descrito y la infección concomitante por SARS-CoV-2.

CC85

UN CAMINO LARGO HACIA BIRDSHOT

Carolina Rius Tornés, Teresa Florit Pons, Marta Bové Guri

Introducción: La corioretinopatía de Birdshot es una uveítis posterior poco común que presenta un fenotipo clínico característico: vitritis y múltiples lesiones coroidales hipopigmentadas en perdigonada. La etiología no está clara, pero se sospecha una causa autoinmune al mantener una fuerte asociación con el factor genético HLA A29.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente con historia de vitritis y vasculitis retiniana bilateral, que fue estudiada en múltiples ocasiones sin éxito. Sin un diagnóstico claro, se orientó el cuadro como una infiltración linfocítica inespecífica, llegando a realizar un estudio corporal exhaustivo para descartar un síndrome paraneoplástico. Finalmente, 6 años después del inicio de los síntomas, aparecen las lesiones características ovoides coroidales, que juntamente con el valor analítico de HLA A29 positivo, nos han llevado al diagnóstico definitivo.

Conclusión: Los síntomas iniciales de la corioretinopatía de Birdshot pueden ser alteraciones visuales leves, lo que puede retardar el diagnóstico. En el caso que se expone, este tiempo se incrementó al no incluir en el estudio inicial el factor HLA A29. Consideramos importante tener en cuenta esta patología en el diagnóstico diferencial de las uveítis posteriores especialmente bilaterales, facilitando la instauración precoz del tratamiento adecuado.

CC86

QUERATOUVEITIS PERSISTENTE EN PACIENTE CON VIRUELA DEL MONO

Alexandra Ruiz Guijosa, Marco Antonio Pascual Santiago, Bárbara Burgos Blasco, Rosalía Méndez Fernández

Introducción: Presentamos el caso de un varón de 45 años con debut de una queratouveítis durante el periodo de convalecencia de una infección por monkey pox con manifestaciones sistémicas leves y sin clínica de otra enfermedad sistémica ni antecedentes personales reseñables.

Caso clínico: Tras la cicatrización de las pustulas cutáneas, el paciente mostró un uveítis aguda unilateral anterior asociada a vitritis que fue tratada con tratamiento esteroideo tópico. Debido a la buena respuesta, se planteó descenso del tratamiento, tras lo cual apareció un defecto epitelial rodeado de un anillo Wessely que mostró una PCR positiva para monkey pox del raspado corneal. Debido a la mala evolución frente al tratamiento tópico convencional, se ingresó al paciente para tratamiento sistémico con Tecovirimab, que posteriormente se asoció a corticoides orales, con lo cual se consiguió la inactividad de la uveítis y la resolución de la queratitis. Tras un mes de inactividad, volvió a reactivarse con nuevo defecto epitelial asociado a uveítis anterior y media con resultado microbiológico positivo para monkey-pox que requirió el mismo tratamiento sistémico. Actualmente el paciente permanece sin actividad uveítica pero con un leucoma corneal denso con afectación del eje visual.

Conclusión: Con este caso, queremos poner de manifiesto la posibilidad de afectación ocular persistente por el virus de la viruela del mono y uno posible abordaje terapéutico más específico ante estos casos de recurrencia vírica ocular.

CC87

MANIFESTACIONES OFTALMOLÓGICAS EN SIDA

Leyre Sanz Gallén, Francisca García Ibor

Introducción: Se presenta una revisión de las manifestaciones oftalmológicas en SIDA a raíz de un complejo caso en seguimiento desde hace 6 años en nuestro departamento.

Caso clínico: Se trata de un varón de 41 años diagnosticado de SIDA tras neumonía por *Pneumocystis jirovecii* hace 6 años. Se instauró terapia antirretroviral, dentro de Síndrome de Reconstitución Inmune presentó retinitis por Citomegalovirus en ojo derecho, fue tratado con múltiples dosis de Foscarnet intravítreo, láser profiláctico, Valganciclovir oral y corticoide oral. Cuatro meses después, desarrolló membrana epirretiniana que finalmente precisó cirugía. Tres años tras el diagnóstico, presentó exudados y hemorragias que fueron tratados primeramente como sospecha de recidiva de retinitis por CMV, presentó muestra de humor acuoso y vítreo negativa para CMV, finalmente diagnosticado de microangiopatía retinal no infecciosa. Unos meses después, presentó uveitis hipertensiva sin respuesta a tratamiento hipotensivo máximo, se realizó cirugía de catarata con implante de válvula de Ahmed. En el último año, presenta roséolas iridianas, precipitados queráticos granulomatosos, celularidad en cámara anterior y vítrea. Ante el diagnóstico de sífilis recibió penicilina intravenosa, corticoide tópico y subtenoniano.

Conclusión: El VIH presenta múltiples y variadas manifestaciones oftalmológicas. Son importantes las revisiones oftalmológicas y una buena comunicación con el departamento de Enfermedades Infecciosas para un diagnóstico y tratamiento precoz, aumentando la posibilidad de preservar la función visual y mejorando su calidad de vida.

CC88

ESCLERITIS POSTERIOR: PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Juan Guirao Mora, Lucía Ibares Frías, María del Pilar Vidal Fernández, Javier Bruno Torresano Rodríguez

Introducción: La escleritis posterior tiene una prevalencia muy baja y el diagnóstico puede resultar complicado por la ausencia de signos oculares externos. Es más frecuente en mujeres y cuando aparece en mayores de 55 años hasta un tercio tienen relación con alguna enfermedad sistémica de tipo autoinmune. El diagnóstico etiológico puede requerir un abordaje multidisciplinar.

Caso clínico: Se presenta el caso, evolución, manejo e iconografía de una mujer de 59 años que consulta por persistencia de dolor ocular derecho tras diagnóstico y tratamiento de una uveítis anterior en dicho ojo hace dos meses. Tiene apnea del sueño, asma y una hija con colitis ulcerosa. En la exploración de fondo de ojo presenta edema de papila y pliegues coroideos, diagnosticándose mediante tomografía computerizada de escleritis posterior derecha. Se solicita ecografía ocular y analítica sanguínea con hemograma, bioquímica y serologías sin encontrar origen autoinmune ni infeccioso y se inicia tratamiento con corticoterapia oral. En su evolución se objetiva mejoría clínica y anatómica mediante retinografías y tomografías de coherencia óptica seriadas, pero empeoramiento al intentar retirar el tratamiento corticoideo, de manera que se deriva a la unidad de inflamación ocular. Se amplía el estudio encontrándose calprotectina elevada en sangre. La paciente confirma tener síntomas digestivos subclínicos. Ante estos hallazgos se solicita calprotectina fecal y colonoscopia. Se inicia tratamiento inmunomodulador con Micofenolato Mofetilo sin conseguir remisión clínica ni anatómica. Finalmente, se añade tratamiento inmunosupresor con Adalimumab y 3 pulsos intravenosos de metilprednisolona logrando remisión.

Conclusión: La escleritis posterior puede ser la primera manifestación de una enfermedad autoinmune sistémica. La anamnesis, antecedentes familiares y la determinación de calprotectina elevada en sangre pueden sugerir una enfermedad inflamatoria intestinal subclínica asociada.

CC89

NEURITIS ÓPTICA Y ANTICUERPOS ANTI-MOG EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS

Belén Elvira Giner, Manuel Jiménez Espinosa, Carmen Hernández Martínez, David Martínez Martínez

Introducción: La enfermedad de anticuerpos MOG (mielina oligodendrocito glicoproteína) forma parte de los síndromes desmielinizantes adquiridos (SDA) del sistema nervioso central. En los últimos años ha aumentado el interés por estos nuevos biomarcadores, más prevalentes en edad pediátrica.

Casos clínicos: Se presentan dos casos clínicos de dos niñas, ambas de nueve años, que acuden por urgencias por pérdida de agudeza visual (AV). La primera de ellas presenta AV de cuenta dedos a 1 metro en ambos ojos. La segunda alcanza AV de 0.5 en ojo derecho y unidad en ojo izquierdo, asociando dolor con la motilidad ocular extrínseca. A la exploración se objetiva en ambos casos la presencia de un edema de papila bilateral. Se solicitaron pruebas de imagen, destacando el realce de ambos nervios ópticos en la resonancia magnética cerebral en la primera paciente. Los anticuerpos (Ac) anti-MOG fueron negativos en el primer caso, resultando positivos a los 3 meses de seguimiento; en el segundo caso se obtuvieron resultados positivos para Ac anti-MOG al inicio. Tras tratamiento con corticoides ambas pacientes alcanzaron AV de unidad, con resolución completa del edema de papila.

Conclusión: La enfermedad por Ac anti-MOG se ha relacionado con diferentes fenotipos clínicos, siendo más frecuente la neuritis óptica por encima de los 9-11 años. Esta última se presenta generalmente en forma de edema de papila bilateral y pérdida severa de AV en ausencia de hemorragias peripapilares y dolor a la motilidad. Otras características son la atrofia óptica generalizada a largo plazo pero con buen resultado funcional. El diagnóstico diferencial se basa en otros SDA como los trastornos del espectro de la neuromielitis óptica y la esclerosis múltiple, ambos asociados a peor pronóstico. No es infrecuente encontrar resultados serológicos negativos. La sospecha de la enfermedad de Ac anti-MOG en el contexto de una neuritis óptica bilateral en el paciente pediátrico es esencial para un diagnóstico y tratamiento precoces.

CC90

EFFECTO DE LA INYECCIÓN DE LIDOCAÍNA DIAGNÓSTICA EN MÚSCULOS EXTRAOCULARES: A PROPÓSITO DE 4 CASOS

Elena Hernández, Elena Montolío Marzo, Rosario Gómez de Liaño, Laura Morales Fernández

Introducción: La parálisis temporal de los músculos extraoculares a través de la inyección de lidocaína puede ser útil en la práctica clínica. Puede usarse de forma diagnóstica previo a la inyección de toxina botulínica, que tiene un efecto más duradero, o antes de una posible cirugía.

Casos clínicos: Describimos 4 casos en los que se realizó una inyección de lidocaína haciendo hincapié en el inicio y duración del efecto de ésta, así como en el cambio de la exploración de la motilidad ocular resultante. Se trata de cuatro casos de diplopía que no se compensaban en su totalidad con prismas. El propósito de la utilización de la lidocaína era evaluar la corrección de la diplopía tras su aplicación dada la inmediatez del resultado y rapidez de cese de su efecto. Tras la evaluación del paciente se tomaban las decisiones terapéuticas oportunas.

Conclusión: Dada la poca literatura previa sobre la inyección de lidocaína en músculos extraoculares, consideramos importante compartir nuestra práctica clínica, así como proponerlo como una alternativa diagnóstica.

CC91

CATARATAS CONGÉNITAS EN LAS MUTACIONES DEL GEN COL4A1: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Javier Nogués Castell, Cristina del Prado Sánchez, Saray Catalán Coronado, Marta Morales Ballús

Introducción: Las cataratas congénitas bilaterales suelen estar asociadas a causas genéticas. Se pueden presentar aisladas o con otras alteraciones a nivel oftalmológico o sistémico. Según las últimas recomendaciones está indicado hacer un estudio genético en todas las cataratas bilaterales para detectar genes implicados y posibles síndromes sistémicos. El gen COL4A1, codificador de la cadena alfa de colágeno, ha sido identificado como gen patogénico asociado a cataratas bilaterales y alteraciones neurológicas derivadas de hemorragias intraparenquimatosas cerebrales en varios casos publicados en la literatura.

Casos clínicos: Presentamos dos casos de cataratas congénitas bilaterales en nuestro centro con variantes del COL4A1. El primer caso es una niña de 3 años derivada a los meses de edad, que presentó microftalmia bilateral asociado a cataratas bilaterales presuntamente congénitas. Se estudió por un retraso del desarrollo psicomotor hallando en la resonancia magnética una cavidad porencefálica paraventricular y signos de sangrado intraparenquimatoso recurrente crónico. El segundo caso, una niña de 2 años y 6 meses, presentó cataratas nucleares bilaterales sin compromiso visual, retraso psicomotor y alteraciones en la resonancia magnética compatibles con leucoencefalopatía microangiopática con microhemorragias de repetición intraparenquimatosas. La paciente antecedentes familiares por parte de su madre de cataratas bilaterales y accidentes cerebrovasculares de repetición.

Conclusión: Presentamos dos nuevos casos de cataratas bilaterales asociadas a variantes patogénicas del gen COL4A1. Las alteraciones de este gen conllevan a fragilidad microvascular del SNC asociándose a hemorragias intraoparenquimatosas cerebrales de repetición que pueden comportar limitaciones y complicaciones psiconeurológicas. La identificación de este gen permite un seguimiento estrecho neuroradiológico de estos de forma precoz.

CC92

APLICACIONES DE LA CIRUGÍA DE FADEN: SERIE DE 6 CASOS CLÍNICOS

Lucía de Pablo Gómez de Liaño, Sergio Arroyo San Víctor, José Alberto Reche Sáinz, Ana María Dorado López-Rosado

Introducción: La faden es una técnica que disminuye la eficacia del músculo en su campo de acción provocando una paresia del mismo, sin modificar la desviación en posición primaria (ppm).

Casos clínicos: Caso 1: Mujer de 70 años con paresia del III par ojo derecho (OD) por hemorragia subaracnoidea. Presentaba limitación de la elevación y descenso de OD. Fusionaba con 2DP en ppm y 20DP en infraversión. Se realizó Faden en recto inferior izquierdo (RII) a 8 mm con poliéster 5/0. Actualmente no diplopía en ppm y en infraversión fusiona con 2 DP. Caso 2: Mujer de 21 años operada en la infancia de retroinserción de rectos medios (RM) de 3,5 mm. Refracción -4,00 y -5,75 D en gafa bifocal. Presentaba endotropía (ET) de 16 DP de lejos y 30 de cerca. Se realizó miniplicatura de recto lateral de 5 mm con Faden del RM a 9 mm de (ya retroinsertado). Presenta endoforia de 5°. Caso 3: Varón de 58 años, con fractura de suelo orbitario derecho operada. Presenta limitación del descenso por fibrosis del RI evidente en el TAC. Fusionaba con 30 DP en infraversión y 10 en ppm. Se retroinserta el RII a 3 mm + Faden a 13 mm. No diplopía en ppm, en infraversión fusiona con 18. Caso 4 y 5: Dos niños de 5 y 4 años, hipermetropes >5D con ET incomitante lejos/cerca por alta AC/A. Faden en puente a 12 mm en un caso y según técnica de Decker en el otro, presentando ortotropía. Caso 6: Paciente de 27 años operada de etmoidectomía derecha con implante de malla que lesionó el oblicuo superior. Cirugía previa de retroinserción de recto superior por hipertropía OD, con diplopía residual de 6DP en ppm y de 20DP en infraversión. Se realizó recesión de 2 mm del RII y Faden a 10 mm con desaparición de la diplopía.

Conclusión: La Faden es una técnica eficaz que corrige estrabismos incomitantes como ET con alta AC/A y estrabismos verticales por fracturas orbitarias, cirugía de senos y parálisis oculomotoras. Se puede asociar además a recesiones en caso de desviaciones en posición primaria.

CC93

INFILTRACIÓN LEUCÉMICA DEL NERVIÓ ÓPTICO: UN SITIO INUSUAL EN LA RECURRENCIA

Guillermo Rodríguez Iranzo, Hugo González Valdivia, Stefano Grixolli Mazzon, Ester Casas Gimeno

Introducción: Las anomalías oculares se encuentran de forma habitual en pacientes con leucemia. Sin embargo, la infiltración del nervio óptico o la retina como sitio inicial de recurrencia tras remisión completa de la enfermedad es rara.

Caso clínico: Niño de 10 años que tras ser tratado por leucemia linfoblástica aguda de células T y hallarse en remisión completa, se presenta en consulta con cefalea y pérdida brusca de visión en ambos ojos. Durante la exploración oftalmológica, se detecta una infiltración leucémica bilateral del nervio óptico y la retina. Un tratamiento basado en quimioterapia intratecal y radioterapia craneofacial fue llevado a cabo con éxito.

Conclusión: Debe ser llevado a cabo un seguimiento con revisiones oftalmológicas periódicas en todos los niños con leucemia linfoblástica aguda, incluso si están asintomáticos. Cualquier pérdida de agudeza visual debe ser investigada en pacientes con leucemia. El tratamiento precoz con quimioterapia en las recurrencias es uno de los factores pronósticos de la enfermedad.