

Vídeos



V1

CATARATA POLAR POSTERIOR

Felipe Javier Barroso Pérez, Paula Bañeros Rojas

Introducción: La catarata polar posterior (CPP) es un tipo de catarata congénita que puede llegar a producir disminución de visión central precoz en adultos. Se caracteriza por una opacidad del cristalino central en forma de anillo de cebolla adherida fuertemente a la cápsula posterior (CP). Para los oftalmólogos siempre ha sido un desafío dado su alta probabilidad de ruptura de la CP. El objetivo de este video es recalcar las maniobras quirúrgicas adicionales que deben realizarse para evitar complicaciones.

Técnica quirúrgica: Bajo anestesia retrobulbar, se procede a la realización de la paracentesis. Se inyecta lidocaína intracamerular, azul tripán y viscoelástico cohesivo. Tras la realización de una incisión principal, se lleva a cabo una capsulorrexis circular amplia para evitar la hiperpresión posterior. Posteriormente mediante la técnica de «inside-out» se realiza la hidrod laminación, evitando la hidrodisección. Se evitan movimientos rotacionales. Se evidencia debilidad zonular en la zona temporal inferior por lo que se colocan dos retractores iridianos a la cápsula anterior para estabilizar el saco. Se objetiva hiperpresión ocular y ante la sospecha de síndrome de dirección anómala del acuoso se decide la infusión de Manitol intravenoso. Cuando disminuye el tono ocular se procede a la facoaspiración cuidadosa. El material cortical se aspira con movimientos preferentemente radiales. Se deja como remanente la placa discoide posterior, se introduce viscoelástico dispersivo, anillo de tensión capsular y después la lente intraocular.

Conclusión: La CPP es un reto quirúrgico debido a la densa adherencia a la CP o la preexistencia de una dehiscencia posterior. Por ello destacamos la importancia de hacer una capsulorrexis anterior amplia, evitar la hidrodisección y los movimientos rotacionales agresivos, uso de viscoelástico dispersivo sobre la placa posterior y realización, si procede, de una capsulorrexis posterior con tijeras y pinzas de retina.

V2

CHOP VERTICAL EN CATARATA NIGRANS: EVITANDO LA EXTRACAPSULAR

Esther Corredera Salinero, Carlos Salvador Fernández Escámez

Introducción: La catarata nigrans o rubra intervenida mediante facoemulsificación supone un alto riesgo de complicaciones intra y postoperatorias.

Técnica quirúrgica: Presentamos nuestra técnica de chop vertical con un manipulador más afilado y largo que los chopper convencionales, manejando modos de vacío muy altos y ultrasonido en ráfaga. Enclavando la punta del facoemulsificador en la zona central, en modo 2 del pedal, y sin utilizar ultrasonido, troceamos y llegamos hasta la placa posterior con el chopper, girando según se va fragmentando, y de modo seguro en manos entrenadas. La facoemulsificación así de trozos más pequeños lo realizamos en la zona central lo más alejado de la cornea posible, con reposición de viscoelástico varias veces a modo de protección endotelial. Para los últimos trozos puede cambiarse a un manipulador más corto y menos afilado. Aun así, el riesgo del surge puede provocar ojales centrales en alguna ocasión que no impiden colocar la lente en saco sin necesidad de vitrectomía anterior, como en uno de los casos que presentamos.

Conclusión: Utilizar la técnica de chop adecuada puede evitar la extracción extracapsular minimizando el daño endotelial, el estrés zonular y facilitando la pronta recuperación de nuestros pacientes.

V3

TRANSFIXION, EN FIJACIÓN UNA BUENA SOLUCIÓN

Roberto Guinand Real

Introducción: Se trata de paciente masculino de 62 años quien acude a consulta por pérdida súbita de la visión. Antecedentes de pseudofaquia y trauma ocular. Diagnóstico: luxación de lente intraocular a cámara vítrea. El propósito de este video es mostrar la resolución del caso utilizando la Técnica de fijación de lentes a esclera descrita por el Dr. Ángel Pineda denominada «Transfixion.»

Técnica quirúrgica: Se realizó una Vitrectomía vía Pars Plana con el equipo OS4 de la casa comercial Oertli, se procedió a extraer en lente (Técnica de Pac-man) a través de una incisión corneal y finalmente se fijó un lente Rayner Rayone (una sola pieza) a esclera con la Técnica Transfixion utilizando prolene 10.0.

Conclusión: En este último año y medio la técnica transfixión ha demostrado ser un procedimiento quirúrgico muy seguro y reproducible, logrando obtener un excelente centrado del lente y con la ventaja de que podemos utilizar cualquier lente intraocular de una sola pieza que tengamos a la mano. Los Resultados refractivos son excelentes. Importante resaltar que la técnica esta descrita utilizando sutura Goretex pero el Prolene 10.0 es una alternativa segura. El resultado refractivo definitivo de este paciente fue: Esf +0.75 Cil -1.00 x 175 20/25.

V4

CIRUGÍA DE CATARATA CON IMPLANTE DE LENTE TÓRICA EN DOS TIEMPOS EN MIOPIA MAGNA CON QUERATOCONO Y LENTES FÁQUICAS DE ANCLAJE IRIDIANO

Clara Lara Aroco, Sergio Pérez de Paz, Javier Guzmán Blázquez, María Ángeles Leal González

Introducción: Presentamos una paciente de 56 años miope magna, queratocono bilateral estable más avanzado en ojo derecho, e implantes de lentes fáquicas de anclaje iridiano (Artisan®) en ambos ojos. Acude por disminución progresiva de agudeza visual, diagnosticándose cataratas en ambos ojos. Tratando de minimizar riesgos y maximizar el resultado refractivo, se planteó cirugía secuencial; primero explantando la lente Artisan de un ojo y después observando la estabilización del astigmatismo, calculamos la potencia de la lente tórica y realizamos el explante de la lente del ojo adelfo y la cirugía de catarata en el primer ojo.

Técnica quirúrgica: En la primera cirugía, se explantó la lente fáquica de anclaje iridiano del ojo derecho. Tras la sutura de tracción corneal para estabilizar el ojo, se realizó disección conjuntival e incisión escleral superior de 6 mm de diámetro a 2 mm del limbo en la misma zona por donde se introdujo la lente artisan. Por las dos paracentesis de ayuda se introdujeron dos ganchos Sinsky para soltar la lente con paciencia desenclavando los clips iridianos mediante maniobras bimanuales. Posteriormente se extrae la lente y se realiza una sutura continua escleral con nylon de 10/0 y puntos sueltos en conjuntiva. En una segunda cirugía con anestesia general, se realiza la facoemulsificación y el implante de la lente tórica junto con un anillo de tensión capsular de 12 mm en ojo derecho y posteriormente se repite la técnica para el explante de la lente Artisan del ojo izquierdo utilizando en este caso una espátula plana y una cánula de irrigación.

Conclusión: La paciente presenta en su ojo derecho una agudeza visual lejana sin corrección de 1, y cercana J2 y una refracción de +0,75, -2.5 a 100°. Ante el alto riesgo de variaciones en el astigmatismo tras el explante de la lente y la dificultad de los cálculos biométricos en queratocono, la realización de cirugía secuencial permite realizar un mayor ajuste y obtener buenos resultados.

V5

FACOEMULSIFICACIÓN EN OJO CON LENTE ARTISAN PREPUPILAR MEDIANTE SU DESPLAZAMIENTO HACIA INFERIOR DE CÁMARA ANTERIOR

Santiago López Arbués, Ana Jiménez Alonso, Leire Olazarán Gamboa, José Andonegui Navarro

Introducción: Presentamos una técnica quirúrgica para la cirugía de catarata en ojos en los que previamente se ha implantado una lente de cámara anterior tipo Artisan prepupilar.

Técnica quirúrgica: En lugar de extraer primero la lente Artisan, procedemos a desanclarla y desplazarla hacia la zona inferior de la cámara anterior hasta tener el espacio suficiente para poder realizar la capsulorréxis y la facoemulsificación(FACO). Esto nos permite realizar la FACO mediante incisión corneal de 2.4mm, en lugar de si hubiéramos extraído primero la lente Artisan, que nos habría obligado a trabajar con una incisión ampliada, con los riesgos de IFIS (Sd. Iris flácido) e hipotonía que conlleva.

Conclusión: Desplazar la lente Artisan hacia inferior permite realizar la FACO con una incisión de 2.4mm, reduciendo los riesgos que conllevaría trabajar con una incisión ampliada si hubiéramos extraído la lente previamente.

V6

ESCLEROTOMÍAS PROFILÁCTICAS EN CIRUGÍA DE CATARATA DE OJO NANOFTÁLMICO

Beatriz Son Camey, Fernando Donaire Marqués, Javier Paz Moreno

Introducción: Los ojos cortos y en particular los nanoflálmicos representan un reto al realizar la cirugía de cataratas, incluso con las técnicas de facoemulsificación actuales. El riesgo potencial de desarrollar complicaciones intraoperatorias es mayor; tanto generales, como fracaso endotelial, o específicas, como la efusión uveal. Este tipo de ojos también presentan una mayor predisposición a desarrollar un síndrome de misdirection de fluidos. Presentamos el caso de una paciente mujer de 69 años de edad, hipermetrope de 11 D, con indicación de cirugía de cataratas bilateral. En la evaluación pre operatoria se cuantificó diámetro corneal de 10.4 mm en ambos ojos (AO), LA de 19.58 y 19.29 mm, profundidad de cámara anterior (ACD) de 1.98 y 2.48 y engrosamiento esclerocoroideo en ojo derecho (OD), evidenciado en ecografía. Se indicaron esclerotomías profilácticas en el mismo tiempo quirúrgico que la cirugía de catarata del OD.

Técnica quirúrgica: Se administraron 250 ml de Manitol al 20% por vía intravenosa (IV) una hora antes de la cirugía. Se empleó anestesia local tópica con Lidocaína al 5%, y al 2% subtenoniana. Se realizaron esclerotomías de profundidad total de 2x2 mm en región nasal y temporal inferior, a 6 mm del limbo corneal, dejando coroides expuesta con cierre conjuntival posterior con puntos simples de Nylon 10-0. Se utilizó viscoelástico dispersivo para protección endotelial, realizándose la cirugía de la catarata sin complicaciones, implantándose la lente intraocular en saco de 38D (HofferQ), sin complicaciones intra ni post operatorias. La agudeza visual mejor corregida es 0.6.

Conclusión: En ojos nanoflálmicos es necesario tomar medidas prequirúrgicas preparatorias, para prevenir el riesgo de efusión uveal. Las esclerotomías profilácticas son una técnica segura y efectiva que puede realizarse en el mismo tiempo quirúrgico que la cirugía de cataratas en ojos nanoflálmicos, previniendo complicaciones graves.

Vídeos

V7

CIRUGÍA DE CATARATA «A CIELO ABIERTO»

Javier Sornichero Martínez, Daniel Sánchez Martínez, Domingo Giménez Castejón

Se presenta el caso de una paciente con queratoplastia fracasada y catarata asociada, por lo que se opta por retirar el injerto corneal, realizar cirugía de catarata «a cielo abierto», colocación de lente intraocular en sulcus e implante de un nuevo injerto corneal.

TRIPLE PROCEDIMIENTO: EXTRACCIÓN DE LENTE DE CÁMARA ANTERIOR + FACOEMULSIFICACIÓN + IMPLANTE DE LIO + TRABECULECTOMIA EN PACIENTE CON GLAUCOMA CON BLOQUEO PUPILAR POR LENTE DE CÁMARA ANTERIOR Y PÉRDIDA ENDOTELIAL

Manuel Cebrián Toboso, María Dolores Díaz Barreda, Raquel Maroto Cejudo, Nieves Puerto Amorós

Introducción: Las lentes de apoyo angular tienen como complicación secundaria disminución del contaje endotelial. Las revisiones son necesarias en estos pacientes para detectar complicaciones.

Varón de 55 años acude a Unidad de Córnea para revisión. Miopía magna AOs. LIO de apoyo angular ambos ojos (AOs) hace 20 años, no revisado desde entonces.

Antecedentes personales: No RAMC

Exploración oftalmológica

MOE: Endotropía alternante

AVsc: OD: bultos E nm

OI 0.1 E 0.3

BMC:

- AOs: Cornea transparente, edema corneal +, LIO de apoyo angular, sinequias de iris periféricas (Cámara periférica estrecha), iris «protuyendo» sobre LIO. No iridotomias

PIO: OD: 40 mmHg OI: 20 mmHg

Gonioscopia: SAP 360° AOs

Fondo de ojo:

– OD: Atrofia peripapilar miópica con compromiso macular. Atrofia óptica.

– OI: Palidez papilar. Coriorretinopatía miópica severa

- *Microscopia endotelial:* OD: 689 céls/mm² OI 730 céls/mm²

Diagnóstico Glaucoma por bloqueo pupilar AOs. Como tratamiento inmediato se realizaron iridotomías AOs + hipotensores tópicos OD

Técnica quirúrgica: Se realiza de manera urgente triple procedimiento OD: extracción de lente rígida de cámara anterior + facoemulsificación + implante de lio 3 piezas + trabeculectomía (VIDEO).

En el postoperatorio aumentó la PIO en OI, se realizó el mismo procedimiento posteriormente. En el seguimiento 8 meses: se produce fracaso de la ampolla en ambos ojos y control con hipotensores tópicos y capsulotomía YAG AO. Actualmente el paciente se mantiene con buena AV AVcc OD: cd 1 m OI: 0.4d y PIOs controladas (10 mmHg AOs).

Conclusión: Las lentes de apoyo angular requiere controles periódicos. Cualquier complicación asociada a las mismas debe ser motivo de retirada de manera urgente.

IMPLANTE DE LENTE CARLEVALE EN UNA CASO DE UVEITIS-GLAUCOMA-HIPEMA (UGH)

Mónica Robles Mateos, Sergio Copete Piqueras, Francisco López Martínez, Blanca Bajén Espuña

Introducción: El síndrome de uveítis – glaucoma - hipema (UGH) es una complicación que puede aparecer tras la implantación de una lente intraocular (LIO), ya sea por catarata o con finalidad refractiva. La patogenia se debe a la presión ejercida por los hápticos de la LIO sobre el tejido uveal y puede presentarse en paciente con lentes en cámara anterior, sulcus o saco.

Técnica quirúrgica: Paciente de 77 años con 5 episodios de hipema recidivante/Sd. Uveitis Glaucoma Hipema (UGH) en ojo izquierdo (OI) desde 2016. Como antecedentes personales encontramos Fibrilación auricular anticoagulada con Sintrom e hipertensión arterial. A nivel oftalmológico resalta la cirugía de Facoemulsificación+implante de LIO endosacular en ambos ojos (AO) en año 2014 sin incidencias y 5 episodios de UGH en OI tratados con corticoides y antihipertensivos.

En consulta se observó una agudeza visual corregida en OI de 0.4 y en la biomicroscopía: Córnea transparente, LIO con háptico en sulcus en zona nasal con impronta sobre iris de VIII a X h y transiluminación positiva. Dada la malposición de lente intraocular y los episodios de uveitis previos, se decide inclusión en lista de espera para recambio de LIO OI. Se programa la sustitución por lente Carlevale, una lente empleada en casos donde no hay soporte capsular. Para su colocación es necesario extraer la lente, tallar dos tapetes esclerales a 180° donde se anclarán los soportes. Ésta se inyecta por una incisión corneal y mediante una pinza se anclarán los soportes a través de esclerotomías realizadas bajo los tapetes. La cirugía cursó sin incidencias y el postoperatorio temprano observamos la lente bien posicionada.

Conclusión: La lente Carlevale se considera una alternativa prometedora para recambio de lentes sin apoyo capsular.

V10

IMPLANTE PAUL + LIBERACIÓN DEL RECTO SUPERIOR

Elena Arias García, Aitor Lanzagorta Aresti, José Vicente Piá Ludeña, Cristina Martínez Gil

Introducción: Presentamos un caso clínico de un paciente derivado a nuestro centro por PIO elevada en ambos ojos tras varias cirugías fracasadas. En el ojo izquierdo, tras varias reintervenciones, presenta además una hipertropía restrictiva que se pretende mejorar en el acto quirúrgico.

Técnica quirúrgica: Se muestra el implante de válvula Paul temporal superior y la liberación del músculo recto superior, que se encuentra atrapado por fibrosis derivada de las reintervenciones.

Conclusión: El implante Paul es un dispositivo de drenaje no restrictivo relativamente nuevo, indicado en caso de fracaso de otras cirugías en el tratamiento de glaucoma. La ubicación preferida de dicho dispositivo es el cuadrante superotemporal, que es que decidimos utilizar en este paciente siempre y cuando fuésemos capaces de liberar el músculo el recto superior, que se encontraba atrapado por la fibrosis resultante de numerosas cirugías previas. En el postoperatorio, el paciente es capaz de movilizar mejor el ojo en el plano vertical, y la evolución de la PIO postoperatoria será más definitiva cuando retiremos el fiador de la luz del tubo.

V11

MEGAQUISTE DE TENON TRAS IMPLANTE DE XEN 45

Yasmín Bahaya Álvarez, Nicolás Pérez-Llombet Quintana, Eulalia Capote Yanes

Introducción: El encapsulamiento de la ampolla filtrante, o quiste de Tenon, es una complicación postoperatoria frecuente tras cualquier cirugía de filtración. Si bien suele ocurrir en torno a las semanas 2 y 8 tras la intervención, se han descrito casos de encapsulación tardía varios meses después de la cirugía.

Técnica quirúrgica: Les presentamos el caso clínico de una mujer de 65 años de edad intervenida mediante implante de dispositivo para el glaucoma XEN 45 en ambos ojos, sin incidencias, en Octubre y Noviembre del 2020. La presión intraocular (PIO) postoperatoria a los 6 y 7 meses fue 16 y 10 mm Hg respectivamente, con ampollas de filtración difusas e implantes libres y móviles en su porción subconjuntival. Un mes más tarde la PIO en su ojo izquierdo (OS) era 19 mm Hg, presentando la ampolla de filtración un aspecto cupuliforme compatible con un quiste de Tenon. Tras 2 maniobras de needling, la última con 5-Fluorouracilo (5-FU), la paciente presentó un megaquiste de Tenon que protuía notablemente bajo el párpado superior. Dada la escasa respuesta al tratamiento médico pautado y las maniobras de needling realizadas, se decide su exéresis quirúrgica. La maniobra intraoperatoria se expone en formato vídeo.

Conclusión: Las técnicas mínimamente invasivas para la cirugía del glaucoma (MIGS), incluido el implante XEN 45, han demostrado su eficacia y seguridad. No obstante, no están exentas de complicaciones que debemos conocer y manejar adecuadamente.

V12

CIRUGÍA COMBINADA Y RECUBRIMIENTO DE PRESERFLO, CON INJERTO CONJUNTIVAL AUTÓLOGO, EN UN GLAUCOMA AGUDO PSEUDOEXFOLIATIVO

Aránzazu Caro Ortega, Gemma Ortega Prades, Francisco Calleja Casado, Vicente Tomás Pérez Torregrosa

Introducción: Se presenta el caso de un paciente en triple tratamiento hipotensor que acude a urgencias por pérdida de visión y presión intraocular (PIO) de 45 mmHg en ojo izquierdo (OI). A la exploración se objetiva catarata blanca hipermadura y glaucoma agudo pseudoexfoliativo. Al tratarse de un caso de paciente con catarata y glaucoma con PIO muy elevada se opta por una cirugía combinada con implante de Preserflo para bajar más la tensión.

Técnica quirúrgica: La cirugía de la catarata ocurre sin complicaciones, pero tras la inserción del implante, al recolocar el colgajo conjuntival se objetiva una gran fragilidad conjuntival por lo que se decide la utilización de un injerto autólogo temporal inferior para poder recubrir el implante asegurando un cierre hermético del colgajo.

Resultados:

En el postoperatorio inmediato:

- La agudeza visual fue de 0,7 est 1.
- PIO 10 mmHg. Fondo de ojo (FO): excavación papilar 0,7.
- Ampolla difusa, funcionante. Injerto bien posicionado.

3 meses tras la intervención:

- Dispositivo envasado al vacío.
- Tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (OCT-SA): Ampolla plana no funcionante.
- PIO 21 mmHg.
- Reintroducción de colirios hipotensores.

Conclusión: En el caso que presentamos de catarata y glaucoma con PIO muy elevada, se optó por una cirugía combinada para bajar más la tensión. El preserflo puede ser eficaz y menos traumático que otras cirugías filtrantes. La conjuntiva era muy friable por el daño conjuntival crónico producido por los colirios hipotensores, lo que impedía su correcta sutura, por lo que se recubrió el trayecto del Preserflo con conjuntiva autóloga. Se obtuvo una filtración inicial exitosa que fracasó a los 3 meses por la fibrosis, pero esta medida permitió ganar tiempo para replantear la estrategia anti-glaucomatosa.

V13

CIRUGÍA COMBINADA DE CATARATA MÁS VITRECTOMÍA VPP23G Y COLOCACIÓN DE PAUL IMPLANT EN CÁMARA VÍTREA

Germán Castilla Martínez, José Juan Martínez Toldos, Carlos Enrique Monera Lucas, Sandra Pardo López

Introducción: Varón de 61 años con antecedentes de queratoplastia penetrante en el ojo derecho en 2012 y presión intraocular (PIO) mal controlada de 40mmHg en dicho ojo a pesar de tratamiento médico máximo. El paciente es fáquico, por lo que se propone cirugía de catarata combinada con vitrectomía vía pars plana 23G y colocación de Paul implant en cámara vítrea.

Técnica quirúrgica:

1. Facoemulsificación del cristalino con implante de lente intraocular.
2. Disección conjuntiva y tenon en cuadrante temporal superior.
3. Aislar músculos recto lateral y superior.
5. Cauterizar lecho escleral.
6. Comprobar colocación del Paul implant a 10mm del limbo corneal, bajo los rectos.
7. Uso de Mitomicina C 0.2 mg/ml durante 2 minutos y posterior lavado abundante con suero.
8. Disecar un túnel escleral que vaya desde 1-2mm del plato hasta punto de inserción del tubo (previamente marcado a 3.5mm del limbo).
9. Colocación de trócares 23G en pars plana, uno de ellos en el lugar de entrada del tubo.
10. Vitrectomía.
11. Purgar el tubo y tutorizarlo con sutura Prolene 6.0 o 7.0.
12. Colocación definitiva del Paul implant y fijación del plato a la esclera con seda 7.0.
13. Cortar el tubo a la medida adecuada y avanzarlo por el túnel escleral hasta introducirlo por la esclerotomía con ayuda de pinzas de retina 27G.
14. Cierre de conjuntiva y tenon en uno o dos planos.

Conclusión: Al día siguiente de la cirugía, el ojo presentaba buen aspecto y la PIO era de 8mmHg. Sin embargo, con el paso de las semanas la PIO fue ascendiendo (30mmHg), por lo que a las 6 semanas se retiró el tutor. La PIO descendió bruscamente a 4mmHg, sucediéndose un desprendimiento corioideo inferior y maculopatía hipotónica que se resolvieron adecuadamente. A los 6m de la cirugía, la PIO se mantiene estable en 13mmHg. Consideramos que el Paul implant en cámara vítrea es una buena opción en pacientes seleccionados, como es el caso de córneas con bajo recuento endotelial.

V14

EMERGENCIA COROIDEA EN FACOEPNP: ES MEJOR SUTURAR QUE DESHERNIAR

María Castro Rebollo, Vicente Miralles Pechuán, Julio González Martín-Moro, Yolanda Fernández Miguel

Introducción: Paciente varón, de 75 años con antecedentes de glaucoma crónico de ángulo abierto en ambos ojos y oclusión de vena central de retina complicada en ojo contralateral con edema macular quístico. El paciente sigue tratamiento con fármacos inhibidores del factor de crecimiento vascular endotelial y corticoides intravítreos y presenta una progresión de su glaucoma a pesar del tratamiento con timolol y brinzolamida, por lo que se indica cirugía combinada de catarata y glaucoma (faco-esclerectomía profunda no perforante).

Técnica quirúrgica: Durante el tallado del segundo tapete se profundiza en exceso en el lado nasal visualizándose la coroides, pero sin evidenciarse herniación de la misma. La cirugía concluye sin incidencias añadidas con el tallado del tapete profundo y la retirada del canal de Schlemm del lado temporal. Se sutura el tapete superficial con 2 puntos de nylon 10/0. En la revisión del día siguiente, el paciente refiere dolor intenso y se advierte la salida de la coroides por el lado nasal del tapete, por lo que se decide reintervenir. En la gonioscopia se visualiza la membrana, y no se evidencia hernia de iris. Al reabrir la cirugía previa, la coroides extruida ocupa el lago escleral. Presionando, se consigue reducir la hernia, y se resutura el tapete superficial con 11 puntos. A los 4 meses de la cirugía la presión intraocular está controlada con el mismo tratamiento previo a la cirugía, la AV y el campo visual no han empeorado y no han sobrevenido nuevas complicaciones.

Conclusión: Creemos que se trata de uno de los pocos casos referidos de herniación diferida de la coroides en el contexto de una EPNP. Suturar la esclera, aún en ausencia de herniación coroidea intraquirúrgica podría haber prevenido esta complicación diferida.

V15

COLOCACIÓN IMPLANTE XEN 45 TRAS CIRUGÍA COMBINADA DE CATARATAS

María Victoria Navarro Abellán, Luis Eloy Pérez González, Juan Antonio Sánchez Perea, Manuel Almarcha Menargues

Introducción: El implante XEN 45 es un tipo de cirugía mínimamente invasiva usada en glaucoma de ángulo abierto leve o moderado, en pacientes con buen estado conjuntival y en tratamiento con dos o más colirios hipotensores. La cirugía puede realizarse de manera aislada o en cirugía combinada con cataratas.

Técnica quirúrgica: Los pasos de colocación del implante XEN ab-interno: La conjuntiva nasal superior se marca a 5 mm del limbo esclerocorneal. Inyección subconjuntival de MMC 0,1ml al 0,02%. Realizamos la paracentesis en zona nasal, inyectaremos lidocaína intracamerular y rellenaremos la cámara anterior con viscoelástico cohesivo. Realizamos la incisión principal en la zona temporal inferior con cuchillete de 2,2mm. Introducimos la aguja del inyector a través de la incisión corneal principal y se dirige a través de la cámara anterior (CA) hacia el cuadrante supero-nasal. Evaluamos la posición del ángulo utilizando la goniolente, idealmente entrando justo por encima de la malla trabecular. Avanzamos la aguja a través de la esclerótica hasta el espacio subconjuntival, mientras se estabiliza el ojo con un segundo instrumento en la incisión lateral. Una vez que el bisel se visualiza claramente saliendo de la esclerótica hacia el espacio subconjuntival, se rota a 90° el inyector, se empuja el émbolo liberando el implante y retiramos el inyector del ojo. Aproximadamente, 1 mm del implante permanece en CA, 3 mm pasan a través de escleral y 2 mm emergen bajo la conjuntiva. Se comprueba la permeabilidad del dispositivo, si el extremo subconjuntival está libre de adherencias se confirmará con la creación de una ampolla subconjuntival temprana. A continuación retiramos el viscoelástico de CA y se procede a la hidratación de las incisiones realizadas.

Conclusión: El implante XEN es una técnica quirúrgica sencilla, eficaz y segura. Las complicaciones intraoperatorias son raras. La MMC es un potente metabolito para reducir la formación de tejido cicatricial postoperatorio.

V16

EXTRUSIÓN CUERPO VALVULAR EN MIOPIA MAGNA: EXPLANTE VÁLVULA DE AHMED, IMPLANTE PAUL

José Vicente Piá Ludeña, Aitor Lanzagorta Aresti, Elena Arias, Cristina Martínez

Introducción: La exposición del dispositivo valvular es una complicación poco frecuente pero severa, cuyo manejo precoz resulta fundamental. Puede provocar hipotonía, inflamación, pérdida de visión y alto riesgo de endoftalmitis. Se presenta el caso de una paciente con miopía magna y lúpas intraoculares que, dos meses tras un destechamiento capsular por el enquistamiento de una válvula de Ahmed, presentó exposición recurrente del cuerpo valvular. Se decidió retirar el cuerpo valvular expuesto e implantar el dispositivo PAUL en el cuadrante nasal superior para controlar la presión intraocular (PIO).

Técnica quirúrgica: Tras realizar la peritomía con base fórnix, se aíslan los músculos recto superior y medial. Se comprueba la permeabilidad del tubo y se realiza oclusión temporal intraluminal del tubo utilizando como tutor un prolene 6-0 para evitar la hipotonía precoz. Con la ayuda de los ganchos de estrabismo, se inserta el plato del implante bajo los músculos. A continuación, el implante se fija mediante dos suturas esclerales con nylon. El tubo es introducido en la cavidad vítrea, ya que la paciente había sido previamente vitrectomizada.

Posteriormente se procede a retirar la válvula previa expuesta del cuadrante temporal superior. Se realiza disección conjuntival hasta la visualización del tubo valvular. Se extrae el tubo y se cierra la esclerotomía con nylon. Después se continua la disección hasta retirar el cuerpo valvular, así como la cápsula para facilitar el cierre conjuntival. Finalmente, se recubre el tubo del implante PAUL con fascia lata y se procede al cierre conjuntival.

Conclusión: La exposición de los dispositivos valvulares plantea un desafío en su manejo; en algunos casos, la opción más recomendable es realizar la extracción completa del implante expuesto. Para poder realizar el control de la PIO, en este caso, se utilizó el dispositivo PAUL, debido a sus características que pueden ayudar a minimizar el riesgo de extrusión.

V17

LOASIS OCULAR COMO MANIFESTACIÓN DE UNA FILARIASIS SISTÉMICA

Germán Allendes Urquiza, Rafael Montejano Milner, Fernando de Aragón Gómez, Ramón Pérez Tanoira

Introducción: Las filariasis son un grupo de enfermedades infecciosas que afectan principalmente al tejido linfático y la piel. Están causadas por distintos tipos de nematodos y son transmitidas por la picadura de insectos. Si bien están circunscritas a áreas tropicales, existen reportes de casos diagnosticados en España debido a migraciones y viajes a estas zonas.

Técnica quirúrgica: Varón de 47 años, originario de Guinea Ecuatorial, que consulta en Urgencias de Oftalmología por hiperemia conjuntival, secreciones y prurito en OD de 1 día de evolución, además de edema porción distal de miembros superiores; refería además haber visto un parásito en el ojo. A la exploración, se observa nematodo translúcido subconjuntival bulbar, asociado a hiperemia conjuntival difusa, cámara anterior sin Tyndall. Estaba en estudio desde 1 mes antes por eosinofilia y leucocitosis. Tras exploración en lámpara de hendidura se procede a extracción mecánica bajo anestesia tópica y envío del parásito en fresco a análisis microbiológico, que evidencia una porción de un gusano nematodo que se identificó con una PCR como *Loa loa*. Se realiza analítica completa donde destacan eosinófilos elevados ($5,7 \times 10^3$) y microfilarias en concentrado de sangre (75 microfilarias/ml). El resto de pruebas infecciosas resulta negativo, a excepción de RNA de virus de hepatitis C, como ya se conocía. Se pauta tratamiento tópico con tobramicina + dexametasona descendentes y ciclopentolato en caso de dolor. Se remite al paciente a Medicina Interna para valorar tratamiento sistémico por microfilariasis sistémica; se inician prednisona, hidroxicina, ivermectina y albendazol por vía oral. El paciente evoluciona favorablemente, con desaparición de la sintomatología ocular.

Conclusión: Se debe considerar la filariasis como un diagnóstico diferencial en pacientes que acuden por ojo rojo, más en contexto de viajes desde zonas endémicas. La extracción del parásito subconjuntival, permite un diagnóstico microbiológico específico.

V18

COLGADA DE UN HILO. NUEVA TÉCNICA DE SUTURA DE LENTE INTRAOCULAR IMITANDO FIBRAS ZONULARES

Fernando González del Valle, María José Domínguez Fernández, Eva Avendaño Cantos, Javier Celis Sánchez

Introducción: El inflado de la cámara anterior para la aposición correcta de un injerto corneal de tipo laminar a la córnea receptora puede ser dificultoso en ausencia de saco cristalino que compartimentalice el ojo, sobre todo si está vitrectomizado y tiene un implante secundario. Proponemos una nueva técnica quirúrgica para la sutura de una lente intraocular (LIO) que imite la presencia de fibras zonulares, para aumentar la estabilidad de la misma en este escenario quirúrgico, en casos de afaquia.

Técnica quirúrgica: El reborde óptico de una LIO plegable, monobloque, acrílica e hidrofóbica puede ser suturada directamente utilizando prolipropileno de 10/0. Se pasan 8 lazadas, dos a dos, que atraviesan la LIO en cuatro sectores imaginarios: nasal, temporal, superior e inferior. Para fijar esta lente a la esclera se tallan cuatro tapetes esclerales: nasal, temporal, inferior y superior. En cada lecho escleral de cada uno de los tapetes se realizan dos esclerotomías. Cada una de ellas acogerá una de las lazadas que están atravesando el reborde de la óptica de la LIO. Desde cada esclerotomía una micropinza de retina recoge la lazada correspondiente y la extrae hacia fuera. Para fijar la LIO se realiza un nudo entre las dos lazadas en el lecho de los tapetes esclerales: nasal, temporal, inferior y superior, que se corresponden con los mismos sectores de óptica de la lente, resultando en la creación de dieciséis fibras zonulares artificiales que sujetan y estabilizan a la LIO.

Conclusión: Esta propuesta quirúrgica podría ser una nueva opción para resolver la afaquia en casos que requieran cirugía vítreo-retiniana o de córnea de forma concomitante o diferida. Al imitar la anatomía del saco cristalino, creando nuevas fibras zonulares, se aumentaría la estabilidad del implante y podría minimizar las complicaciones técnicas que pueden ocurrir al inflar la cámara anterior en un ojo previamente vitrectomizado cuando necesita un trasplante corneal de tipo laminar.

V19

QUERATOPRÓTESIS DE BOSTON TIPO 1 Y VITRECTOMÍA PARS PLANA 23 G EN PACIENTE CON DISTROFIA DE REIS-BUCKLERS

Alaitz Santamaría Carro, Nerea Martínez Alday, Raquel Feijóo Lera

Introducción: La queratoprótesis de Boston tipo 1 es una alternativa para restaurar visión en pacientes con alto riesgo de fracaso corneal. En el caso que acontece, la paciente presentaba baja visión bilateral por una distrofia de Reis-Bucklers con múltiples recidivas post-trasplante en ambos ojos. Además, entre los antecedentes quirúrgicos del ojo izquierdo destacaban la extracción de catarata con implante de lente intraocular y varios trasplantes lamelares endoteliales fracasados.

Técnica quirúrgica: Se planteó un abordaje conjunto por parte de las secciones de Segmento Anterior y Retina, con los siguientes pasos quirúrgicos:

- Implantación de anillo de Flieringa de 18 mm y 3 puertos de vitrectomía 23G.
- Trepanación corneal de 8.5 mm y extracción de complejo saco capsular - lente intraocular - anillo de tensión capsular.
- Pupiloplastia manual e implantación de prótesis de Eckardt de 8 mm.
- Hallazgo de lamela corneal (antigua DSAEK) luxada a cavidad vítrea.
- Reflotación de la lamela con perfluorocarbono líquido.
- Intento de eliminación del disco corneal mediante vitrectomo posterior y facofragmentador, sin éxito.
- Extracción manual del disco corneal mediante pinza Mc Pherson.
- Vitrectomía de remanentes vítreos periféricos y extracción completa del perfluorocarbono líquido.
- Implante de córnea donante de 8,5 mm.
- Inyección de tobramicina y fortecortin en espacio subconjuntival.

Conclusión: Ante la perspectiva de un trasplante corneal en pacientes con opacidad total de medios, es fundamental disponer de un cirujano de Retina para enfrentar posibles eventualidades en polo posterior. En caso de existir una luxación de lamela corneal a cámara vítrea, el vitrectomo posterior y facofragmentador son insuficientes para eliminar el tejido, debido a su consistencia y elasticidad. En estos casos es recomendable realizar una extracción manual a través de la incisión corneal.

V20

USO DE MEMBRANA AMNIÓTICA EN QUISTES DE TENON TRAS CIRUGÍA DE ESTRABISMO

Sergio Arroyo San Víctor, Daniel Munck Sánchez, José Alberto Reche Sainz, Lucía de Pablo Gómez de Liaño

Introducción: Describir el uso de membrana amniótica (MA) para la reparación de quistes de Tenon aparecidos tras cirugía de estrabismo que producían limitación en las ducciones. Presentación de 4 casos clínicos.

Técnica quirúrgica: Estudiamos dos pacientes que desarrollaron un quiste de Tenon en conjuntiva bulbar meses después de ser intervenidos de cirugía de estrabismo. Uno de los casos había sido intervenido de una miniplicatura de recto lateral derecho y desarrolló un quiste que producía limitación a la abducción de ese ojo. Se intentó la inyección de triamcilonona intralesional sin observar reducción en el tamaño del quiste. Otro de los casos fue un quiste en conjuntiva nasal de ojo izquierdo que apareció tras una resección de recto medio izquierdo (músculo que había sido previamente operado) y que producía limitación a la abducción de ese ojo, así como insuficiencia de convergencia. Para resolver estos casos, se realizó escisión quirúrgica del quiste, se disecaron las adherencias y las bandas fibróticas entre la conjuntiva, la cápsula de Tenon y el músculo y se trasplantó la MA suturándose con puntos simples de vicryl 7/0 para cubrir el defecto conjuntival resultante. Tras la cirugía se observó una buena cicatrización de conjuntiva y una mejoría en las ducciones. En todos los casos hubo también mejoría subjetiva de las molestias conjuntivales. No se observó ningún efecto secundario ni complicaciones como la dislocación del trasplante o el desarrollo de simbléfaron. Tampoco se ha observado recidiva del quiste de Tenon en el primer año de seguimiento.

Conclusión: El trasplante de membrana amniótica resultó ser una técnica eficaz y segura para resolver los quistes de Tenon así como las restricciones de la motilidad tras cirugía previa de estrabismo en ambos casos.

V21

TÉCNICA DE HARADA-ITO PARA EL TRATAMIENTO DE LA EXCICLOTORSIÓN

Silvia Feu Basilio, Rafel Alcubierre Bailac, Bernardo Sánchez Dalmau

Introducción: El procedimiento de Harada-Ito es una técnica quirúrgica utilizada para el manejo de la diplopía torsional causada por la exciclotorsión resultante de una parálisis del músculo oblicuo superior (OS). Consiste en realizar un refuerzo de las fibras del tercio anterior del OS, responsables en mayor parte de la inciclotorsión, desplazándolas anterolateralmente. Presentamos un caso de parálisis adquirida del IV par craneal bilateral, secundaria a hidrocefalia obstructiva por neurocisticercosis del IV ventrículo, operado mediante la técnica de Harada-Ito modificada de Fells para la corrección de una exciclotorsión de 20°.

Técnica quirúrgica: El vídeo muestra la técnica quirúrgica que consiste en realizar una peritomía conjuntival en el cuadrante temporal superior, aislar el músculo recto superior y seguidamente identificar y exponer el tendón del OS. Se separan entonces las fibras del tercio anterior del OS. Acto seguido se aísla el músculo recto lateral (RL), se desinsertan las fibras del tercio anterior del OS y se suturan a la esclera 8 mm posterior a la inserción del RL. Finalmente, se sutura la conjuntiva con vicryl de 8-0.

Conclusión: Se logró la corrección total de la exciclotorsión y diplopía en posición primaria, persistiendo una leve desviación vertical en miradas laterales que no requirió tratamiento. El procedimiento de Harada-Ito es una técnica eficaz para el tratamiento de la exciclotorsión.

V22

DISECA, ENVUELVE Y PROTEGE: EL MANEJO DE UN ESTRABISMO SECUNDARIO COMPLICADO

Sandra Macías Franco, Paloma Rozas Reyes, Elena Sáenz Decker, Carmen Costales Álvarez

Introducción: Se presenta un caso de estrabismo restrictivo tras una cirugía de exotropía consecutiva.

Técnica quirúrgica: En el vídeo encontraremos un quiste de inclusión, gran fibrosis, incapacidad de reconocer estructuras y mucha paciencia para aislar el músculo afectado (recto medio). Una cirugía donde combinamos a su vez la técnica de «Wrap» con membrana amniótica del músculo junto con un segundo injerto de membrana sobre la superficie ocular que solucionarán la restricción a la que nos enfrentamos.

Conclusión: Debemos considerar no solo la liberación de quistes y adherencias en estos casos. Creemos que nuestra técnica nos da un apoyo extra para prevenir futuras fibrosis gracias a las propiedades antiinflamatorias, fácil disponibilidad y tolerancia de la membrana amniótica.

V23

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTRABISMOS VERTICALES DE PEQUEÑO ÁNGULO

Martín Puchol Rizo, Sergio Arroyo San Víctor, Lucía de Pablo Gómez de Liaño, José Alberto Reche Sáinz

Introducción: Describiremos dos casos de estrabismos verticales de pequeño ángulo tratados con retroinserción parcial del músculo recto inferior (RI).

Técnica quirúrgica: Caso1: varón de 28 años con neuropatía óptica traumática en ojo derecho (OD) y fractura de techo orbitario hace 10 años. Fue tratado con retroinserción de recto lateral y resección de recto medio en OD e inyección de toxina botulínica en RI derecho. Presentaba una diplopía vertical residual de lejos, compensada con 4 dioptrías prismáticas (DP) de base inferior en ojo izquierdo (OI) con exciclotorsión con cristal de Maddox. Se realizó una retroinserción parcial de 2 mm del extremo temporal del RI derecho que resolvió la diplopía vertical, permaneciendo estable al mes de seguimiento. Caso 2: varón de 75 años pseudofáquico con miopía magna y ambliopía del OI. Con el filtro rojo de lejos, fusionaba con 10 DP de base externa en OI y 4DP de base inferior en OD. No presentaba torsión con Maddox. Se realizó una retroinserción parcial de lado temporal del RI izquierdo de 3 mm. Tras la cirugía, fusionaba con 6DP de base externa en OD, habiendo corregido la diplopía vertical, permaneciendo estable tras 1 año de seguimiento.

Conclusión: La retroinserción parcial de RI resultó ser una técnica eficaz para tratar la diplopía vertical de pequeño ángulo en ambos casos, estimándose que cada mm de recesión corrige 1,5 DP de desviación.

V24

CUANDO UNA EPÍFORA ES MÁS DE LO QUE PARECE

Claudia Alessandra Zambrano Santoyo, Antonio Belinchón de Diego, Inmaculada Moreno Alarcón, José Manuel Ortiz Egea

Introducción: La displasia fibrosa es una patología benigna que puede afectar cualquier parte del cuerpo. Se presenta el caso de una paciente cuya manifestación fue de epífora crónica y rinitis, y que tras imagen radiológica se sospecha de displasia fibrosa. Tras intervención quirúrgica y análisis por anatomía patológica, se confirma el diagnóstico y mejora la sintomatología descrita.

Técnica quirúrgica: Mujer de 66 años que acude a dacriología por lagrimeo y dolor ocular en ojo derecho de 5 meses, asociado a rinitis persistente. Los hallazgos incluyen palpación de un saco lagrimal leñoso, vía lagrimal permeable y conjuntiva inferior de aspecto infiltrado. En la tomografía orbitaria se describe una tumoración ósea que protruye a órbita derecha y rompe la pared medial, contactando y deformando parcialmente el globo ocular; con sospecha de displasia fibrosa. Se hace una evaluación conjunta con otorrinolaringología y reumatología, decidiendo como tratamiento inicial los bifosfonatos. Tras ausencia de respuesta a los mismos, se decide tratamiento quirúrgico. El diagnóstico se confirma por anatomía patológica y la paciente reporta mejoría de síntomas oculares y respiratorios. Las manifestaciones de la displasia fibrosa dependen de su localización, y pueden encubrirse como otras patologías más frecuentes debido a la expansión fibroblástica que la caracteriza. A pesar de no existir un tratamiento curativo, se puede manejar de forma médica con bifosfonatos, para detener la resorción ósea; y con cirugía, como el caso presentado, en la cual se retira tejido tumoral para disminuir la sintomatología.

Conclusión: La displasia fibrosa es una patología que puede afectar a cualquier hueso del cuerpo. En este caso produjo una alteración en la región orbitaria y nasal. Es importante el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para evitar complicaciones.

V25

QUERATOPLASTIA LAMELAR ANTERIOR PROFUNDA COMO RESCATE DE UNA QUERATOPLASTIA PENETRANTE PREVIA POR QUERATOCONO

Belén Alfonso Bartolozzi, Carlos Lisa Fernández, Luis Fernández-Vega Cueto-Felgueroso, José F. Alfonso Sánchez

Introducción: El trasplante penetrante en casos de queratocono avanzado, puede presentar a largo plazo una ectasia de la cicatriz. Habitualmente se produce en la mitad inferior de la cicatriz, pero puede llegar a ser en los 360°. Como consecuencia de la ectasia aparece un astigmatismo elevado de difícil tratamiento. Las opciones más conservadoras, como los segmentos intra-corneales o las lentes intraoculares fáquicas de apoyo en cuerpo ciliar, no resuelven definitivamente el problema. Por lo tanto, se hace necesario actuar directamente sobre la cicatriz, con la clásica resección en cuña o con la realización de un nuevo trasplante penetrante. Sin embargo, como el endotelio del trasplante suele mantenerse viable, se abre la posibilidad de plantear una queratoplastia lamelar anterior profunda (DALK).

Técnica quirúrgica: El paciente presentaba en el ojo izquierdo un trasplante penetrante realizado 25 años antes por motivo de un queratocono avanzado. El trasplante se encontraba descentrado en dirección nasal-superior, con la cicatriz inferior localizada en la zona más delgada de la cornea receptora. Por este motivo, se desarrolló una ectasia de la cicatriz con un astigmatismo elevado. En un primer paso, se implantó un segmento intra-estromal, que mejoró la anisometropía existente. De todas formas, y dado que en el ojo derecho también tenía un trasplante penetrante con parecidas características, se decidió realizar un nuevo trasplante en el ojo izquierdo, el que peor estaba. A la hora de programar la técnica quirúrgica se tuvo en cuenta que el endotelio del trasplante era funcional. Por lo tanto, se decidió realizar una DALK pre-descemética, con un diámetro superior al del penetrante previo, cirugía que se pudo realizar sin complicaciones.

Conclusión: La queratoplastia tipo DALK es una opción quirúrgica eficaz y segura para resolver la ectasia de la cicatriz en el caso de un trasplante penetrante previo realizado con motivo de un queratocono avanzado.

V26

QUERATOPIGMENTACIÓN TERAPÉUTICA MODERNA: UNA NUEVA CIRUGÍA CORNEAL. DOS CASOS QUE MUESTRAN LAS ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS

Jorge L. Alió, Ronald Steven II Medalle, Alejandra Eliana Rodríguez

Introducción: Presentar una nueva y emergente técnica de cirugía corneal terapéutica que, combinada con otras cirugías, puede restaurar la apariencia de ojos gravemente desfigurados, mejorando la estética y calidad de vida del paciente. Esta nueva técnica utiliza pigmentos minerales micronizados. La queratopigmentación terapéutica se puede realizar con técnicas intralamelares o superficiales. Presentamos dos casos de opacidades corneales de larga evolución en ojos ciegos por traumatismos. El primer caso presenta cicatrización corneal por hiperplasia epitelial masiva, y el segundo presenta además de la opacidad un estrabismo, también debido al traumatismo.

Técnica quirúrgica: En el primer caso se realizó una queratopigmentación superficial intralamelar y automática. Se retiró manualmente la hiperplasia epitelial guiada por OCT de segmento anterior. Para la simulación del iris, se utilizaron disectores estromales manuales para abrir los bolsillos ya creadas por el láser de femtosegundo y luego se inyectó pigmento en los bolsillos. La pupila fue creada de la misma manera. Para lograr un mejor color, se realizó una queratopigmentación automatizada superficial (SAK) utilizando una máquina que realiza inyecciones superficiales de pigmento en el epitelio y el estroma. Para el segundo caso, se realizó la Recesión-Resección de 2 Músculos Horizontales con Hangback y luego se hizo SAK. Resultados: La apariencia cosmética quedó totalmente restaurada en ambos casos y ambos pacientes quedaron extremadamente satisfechos con sus resultados postoperatorios. No hubo incidencias intraoperatorias.

Conclusión: La queratopigmentación terapéutica moderna es una excelente solución para restaurar la estética en ojos severamente dañados con cicatrices corneales. Permite evitar una cirugía mayor con procedimientos como la evisceración/enucleación. La adición de este procedimiento al estrabismo y otras cirugías puede mejorar significativamente los resultados.

V27

ADAPTACIÓN DE LENTES DE CONTACTO ESCLERALES EN PACIENTES CON PATOLOGÍA CORNEAL

Jaime Campello Lluch, Carlos Enrique Monera Lucas, Nieves Bascuñana Más

Introducción: Las lentes de contacto esclerales se emplean en diferentes situaciones de patología corneal. En este vídeo se presentan casos de adaptación en queratocono, queratoplastia, ectasia corneal, ojo seco con intolerancia a lente hidrofílica y en astigmatismo secundario a leucoma por queratitis herpética. Estas lentes tienen 3 zonas diferenciadas: una zona central que permite una adaptación en un alto rango de diámetros corneales, una zona de transición limbar para ajustar el alineamiento de la lente con el limbo corneal y una zona de apoyo escleral, que favorece que la lente se adapte de forma uniforme. Son lentes de 15 milímetros de diámetro, de un material con alta permeabilidad al oxígeno y de apoyo en la esclera, evitando el contacto directo sobre la córnea. El objetivo de este trabajo es demostrar la eficacia de estas lentes en la mejora de la agudeza visual de estos pacientes con patología corneal.

Técnica quirúrgica: Se muestra la adaptación de dichas lentes esclerales en los casos mencionados, así como imágenes de topografía corneal y de tomografía de coherencia óptica (OCT) de segmento anterior. En todos los casos se produce una mejoría de la agudeza visual respecto a la que alcanzan con su mejor refracción en montura de pruebas o gafa.

Conclusión: Las lentes de contacto esclerales pueden mejorar la visión de los pacientes con patologías corneales severas, mejorando así la calidad de vida de estos pacientes.

V28

ANILLOS INTRACORNEALES ESTROMALES EN DALK

Cristina Escorial Albendiz, Francisco Rosales Villalobos, Miguel Contreras Díaz, Antonio Uceda Montañés

Introducción: Paciente con DALK en OI. Botón corneal transparente central, pero con área de fibrosis nasal inferior protruyente. AV OD 0.7 OI 0.05. Refracción: -6.50 -8.75 X 135°. Se realiza resección en cuña del área de fibrosis y se logra una AV de 0.2 y una mejora de 2 dioptrías en cilindro. Se planifica la colocación de implantes intraestromales para mejorar el cilindro y homogeneizar la superficie.

Técnica quirúrgica: Una vez delimitado el eje visual y el eje más curvo según las topografías previas, se inicia la tunelización para el anillo intraestromal inferior con la espátula Suárez. Se intenta la colocación del primer anillo pero no se consigue su inclusión completa en el estroma por la existencia de puentes fibrosos originados por la DALK previa. Por tanto, se utiliza el tunelizador de titanio para completar el canal estromal y colocar el primer anillo. Iniciamos nuevamente la tunelización para el segundo anillo intraestromal con la espátula Suárez en el otro sentido, tras lo cual volvemos a utilizar el tunelizador de titanio. Implantamos el anillo finalmente con la ayuda de una pinza Mc Pherson modificada e irrigamos los canales con cefuroxima.

Conclusión: Esta es la biomicroscopía 90 días tras la cirugía, donde observamos la transparencia del botón corneal de la DALK y la correcta colocación de los segmentos. A pesar de la mejora topográfica modesta, el paciente ha alcanzado una AV de 0.7 difícil en su OI. Se ha logrado una mejora en refracción de 2 dioptrías de esferas y aproximadamente 7 dioptrías en el cilindro desde nuestra primera valoración.

V29

EFICACIA DE LOS IMPLANTES CORNEALES XENOGÉNICOS PARA LA ESTABILIDAD DE LA ESTRUCTURA CORNEAL

Ronald Steven II Medalle, Jorge L. Alió

Introducción: Presentar un nuevo implante de tejido corneal basado en la tecnología xenogénica con colágeno acelular para restaurar la anatomía corneal en casos de ectasia e irregularidad corneal, a través de 3 casos de ectasia e irregularidad corneal tratados con implantes xenogénicos de 34µm ya sean sobre la córnea (Onlay) o dentro (Inlay).

Técnica quirúrgica: El primer caso es de una ectasia post-LASIK con anillo intraestromal y cross linking con evolución negativa. Se disecciona el colgajo anterior donde se utiliza el implante xenogénico intralamelar. El colgajo se vuelve a colocar y se sutura encima del implante. El segundo caso es un paciente con falla de implantación de membrana de Bowman (MB) después de una queratotomía radial de 16 incisiones. El implante de MB se separa de la córnea receptora mientras que el epitelio se alisa posteriormente. Se realizan suturas de colchonero para fijar el implante xenogénico como un recubrimiento. El tercer caso corresponde a un paciente que se sometió a cirugías refractivas repetidas que dieron lugar a una superficie corneal extremadamente irregular. Al igual que en el caso anterior, se retiró el epitelio y se fijó el implante xenogénico a modo de onlay.

Conclusión: Los 3 casos presentaban ectasia e irregularidad corneal, secundarios a cirugía refractiva corneal previa, en los que se utilizaron implantes xenogénicos. Las principales ventajas de estos son la disponibilidad inmediata, la independencia del uso de tejido corneal humano y la versatilidad inherente para adaptarse a diferentes circunstancias patológicas de la córnea. Se observó que tras la cirugía todos los casos tenían córneas claras en el seguimiento con estabilidad arquitectónica. Los resultados del implante corneal xenogénico de los casos son muy alentadores y, por lo tanto, el posible desarrollo futuro de la técnica brindará opciones para el manejo de la enfermedad corneal con menos complicaciones y una recuperación rápida.

V30

ARTERIA HIALOIDEA PERSISTENTE

Blanca Bajén Espuña, Francisco López Martínez, Paula María Pozo Martos, Sergio Copete Piqueras

Introducción: La persistencia de vasculatura fetal (PVF) es una anomalía ocular congénita en la cual la red embrionaria vascular no degenera y perdura incluso hasta la edad adulta. Este fenómeno se ha visto asociado a múltiples complicaciones como la tracción retiniana, desprendimiento de retina y hemorragia espontánea del fondo de ojo, entre otros. Presentamos un caso de PVF en un niño de siete años en seguimiento por nuestro servicio, que acude con mejor agudeza visual corregida de 0,05 y tracción vitreoretiniana.

Técnica quirúrgica: Bajo anestesia general se realizó una vitrectomía completa, con trócares de 25G a 4 mm del limbo. La vitrectomía se ejecutó alrededor del pedúnculo residual para eliminar las láminas del vítreo conectivo y los hialocitos residuales. Se intentó cortar repetidamente los restos de arteria hialoidea con el vitreotomo, pero fue en vano debido a su consistencia. Finalmente, utilizando la sonda de luz como soporte, se seccionó la cuerda, aliviando la tracción sobre la retina, sin complicaciones.

Conclusión: Gracias a los avances en vitrectomía microinvasiva, el tratamiento quirúrgico precoz de la PVF actualmente es más seguro y eficaz, lo que allana el camino para el desarrollo de futuras estrategias de tratamiento.

V31

TRATAMIENTO DE AGUJERO MACULAR MIÓPICO CON DESPRENDIMIENTO DE RETINA DEL POLO POSTERIOR GUIADO POR OCT INTRAOPERATORIA

José Ignacio Fernández-Vigo Escribano

Introducción: El cierre de los agujeros maculares (AM) en altos miopes supone un reto quirúrgico dada la complejidad técnica de la cirugía. En los últimos años se han descrito diferentes técnicas quirúrgicas para incrementar la tasa de éxito anatómico, que se fundamenta en el cierre del agujero macular, y en la reaplicación del polo posterior en los casos en los que se acompaña de desprendimiento de retina.

Técnica quirúrgica: Se presenta el caso de una mujer de 59 años miope magna de -15 dioptrías y 31 mm de longitud axial en su ojo izquierdo. El agujero había progresado en los últimos 4 años sin que le propusieran la posibilidad de cirugía. Finalmente se realizó una vitrectomía con trigón, disección de la hialoides posterior y tinción con azul brillante para el pelado de la membrana limitante interna (MLI) guiada por tomografía de coherencia óptica intraoperatoria (OCTi). Se decidió realizar un flap invertido y se comprobó la correcta posición mediante OCTi, finalizando la cirugía con intercambio por SF6. En el postoperatorio inmediato se apreció la reapertura del AM con nuevo desprendimiento del polo posterior de la retina. Se realizó entonces una nueva cirugía en la que se completó el pelado de un fragmento de MLI periférica bajo perfluorocarbono líquido, realizándose trasposición de la misma en el AM, comprobándose el correcto posicionamiento mediante la OCTi. Tras esto se inyectaron seis gotas de concentrado de plaquetas y se realizó intercambio por silicona. Al día siguiente se apreció un cierre anatómico del AM con reaplicación del polo posterior.

Conclusión: Existen diferentes técnicas quirúrgicas en la actualidad que permiten incrementar la tasa de éxito en el tratamiento del AM miópico, como el caso que se presenta mediante trasposición de MLI y concentrado de plaquetas, pudiendo ser la OCTi una herramienta útil en este tipo de cirugías complejas.

V32

SUTURAS DE RETENCIÓN EN CASO DE INYECCIÓN DE ACEITE DE SILICONA EN UN CASO DE AFAQUIA Y ANIRIDIA POSTRAUMÁTICAS

Rafael Ramos Rojas, Vanesa Fuertes Barahona

Introducción: Presentamos el caso de una paciente de 89 años con afaquia y aniridia posttraumáticas. Tras ser intervenida de desprendimiento se produce una descompensación corneal y nuevo desprendimiento de retina. Traemos el vídeo de la reintervención del desprendimiento de retina con pelado de proliferaciones fibrovasculares, queratoplastia penetrante, inyección de aceite de silicona y colocación de suturas de retención del aceite a nivel escleral.

Técnica quirúrgica: Se realiza una vitrectomía vía pars plana con calibre 23G a 3,5 mm del limbo esclerocorneal. Se desepiteliza el epitelio corneal para mejorar la visualización operatoria. Se tiñe con triamcinolona para comprobar y pelar los restos del vítreo periférico. Se tiñe con azul brillante y se realiza pelado de la membrana limitante interna produciéndose una rotura retiniana iatrogénica en polo posterior. Se coloca una luz Chandelier accesoria para poder realizar cirugía bimanual. Se limpian los restos de triamcinolona en bordes del desgarro y se vuelve a teñir con azul brillante para retirar los restos de proliferación vitreoretiniana central y periférica. Al no conseguir la reaplicación retiniana se realiza retinotomía periférica desde las 6 a las 9 horas y extracción de membranas subretinianas. Se usa el perfluorocarbono líquido para replicar el polo posterior y foto-coagulación láser 360° y en los bordes del desgarro posterior. Se colocan las suturas de retención esclerales a 1mm de limbo esclerocorneal con Prolene 10-0 y aguja recta doble armada. Se realiza queratoplastia penetrante. Se retiran las burbujas de PFCL subretinianas y se realiza el intercambio suero-PFCL-Aire-Aceite de silicona. Se suturan las esclerotomías y conjuntiva con Vicryl 7-0.

Conclusión: Las suturas de retención es una técnica útil para evitar el paso del aceite de silicona a una cámara anterior ausente debido a la afaquia y aniridia posttraumáticas, evitando sus complicaciones tales como el edema corneal o toxicidad endotelial.

V33

IMPLANTE DE COMPLEJO LENTE INTRAOCULAR (LIO) - IRIS ARTIFICIAL EN PACIENTE CON AFAQUIA Y ANIRIDIA POSTRAUMÁTICA

Vanesa Fuertes Barahona, Eduardo Pedro López Palacios

Introducción: Presentamos el caso de una paciente de 89 años con afaquia y aniridia postraumáticas tras estallido ocular. Precisó cirugía de desprendimiento de retina en dos ocasiones, la segunda por re-desprendimiento y descompensación corneal que requirió nueva vitrectomía, queratoplastia penetrante y aceite de silicona con suturas de retención para evitar el paso a cámara anterior. En el vídeo que presentamos les mostramos la cirugía en la que, tras retirar el aceite de silicona, se implanta un complejo de lente intraocular anclada a iris artificial y suturado a esclera mediante tapetes.

Técnica quirúrgica: Con anestesia general se realiza una vitrectomía vía pars plana con calibre 23 gauges a 3,5 mm del limbo esclerocorneal. Se aspira el aceite de silicona de 5000 centistokes y se confirma la retina aplicada sin lesiones regmatógenas. Con el vitreotomo se retira la membrana creada entre las suturas de retención (Prolene 10-0). Se realizan 3 tapetes esclerales triangulares previa cauterización de vasos esclerales perforantes. Antes de implantar el iris artificial (Customflex® Artificial Iris) con fibras se sutura una lente monofocal acrílica monobloque con prolene de 9-0 y recortando los hápticos para evitar el roce con el globo ocular. El complejo iris artificial y lente se sutura con prolene de 10-0 doble armado con aguja recta a 1 mm de limbo a través de los tapetes esclerales. Se suturan los tapetes con Nylon 9-0, las esclerotomías y conjuntiva con vicryl 7-0 comprobando un tono ocular correcto.

Conclusión: En los casos de aniridia y afaquia, una muy buena opción es el implante de una lente intraocular anclada a una prótesis iridiana suturada al sulcus mediante tapetes esclerales.

V34

TÉCNICA CANABRAVA INVERTIDA PARA LA FIJACIÓN DE LA LENTE MICROPURE A ESCLERA EN 4 PUNTOS DE ANCLAJE A TRAVÉS DE UNA INCISIÓN CORNEAL DE 2.2 MM

Daniel Romero Valero, José Juan Martínez Toldos

Introducción: En este vídeo mostramos una modificación de la técnica de fijación de LIO de 4 puntos de anclaje con polipropileno 6-0 para pacientes con insuficiente soporte capsular.

Técnica quirúrgica: La nueva técnica minimiza la manipulación intraocular, al no ser necesario enhebrar las suturas dentro de luz de la aguja intraocularmente, y se puede realizar a través de una incisión corneal de 2,2 mm. Para lograr este objetivo, la técnica original de Canabrava de 4 puntos de anclaje se modificó en tres aspectos: primero, opuesto a la técnica original, la aguja de 30G se sondó con el polipropileno de 6-0 fuera del ojo y luego se insertó a través de un túnel escleral (Debido a este paso, la llamamos Técnica de Canabrava Invertida o «Reverse 4-Flanged Technique»). En segundo lugar, se emplea un inyector de LIO para facilitar la realización de la técnica a través de una incisión corneal de 2,2 mm. En tercer lugar, se ideó un instrumento en forma de lazada para ayudar a la externalizar el polipropileno a través de la esclera mediante aguja 29G o 30G y un polipropileno 7-0.

Conclusión: Finalmente, los topes de fijación se crean con un termocauterío y se insertan dentro del túnel escleral de forma idéntica a la técnica de Canabrava de 4 puntos de anclaje original.