

CASOS CLÍNICOS Y MANIOBRAS QUIRÚRGICAS DE INTERÉS



Libro de Resúmenes

CC-01

GLAUCOMA PREPERIMÉTRICO EN EL SÍNDROME DE UÑA RÓTULA

Carlos Campo Beamud, M.^a Eugenia Hidalgo Espinosa, Esther Campo Beamud, Andrea Donate Rosa

Introducción: El Síndrome uña-rótula (SUR), es una enfermedad rara, cuya prevalencia se estima en 1/50.000 nacidos, producida por mutaciones en el gen LMX1B, gen «homeo», que afecta al desarrollo de los órganos procedentes del ectodermo y mesodermo. Esta mutación origina un fenotipo compuesto por la tétrada clínica característica: distrofia ungueal, rótula hipoplásica o ausente, deformidades del codo y presencia de cuernos ilíacos. Además, el gen LMX1B interviene en la regulación de la transcripción de diferentes cadenas alfa de colágeno tipo IV el cual es uno de los principales componentes de la red trabecular y del estroma corneal.

Caso Clínico: Paciente con fenotipo de SUR y mutación LMX1B positiva en estudio genético. Se realizó una exploración en lámpara de hendidura que fue normal en ambos ojos. Al realizar la gonioscopia, presentó un ángulo shaffer III. La presión intraocular fue de 26 mmHg en el ojo derecho (OD) y 28 mmHg en el ojo izquierdo (OI). Se realizó una paquimetría cuyo resultado mostró 554 micras en OD y 546 micras en OI. En el fondo de ojo se observó la papila con una excavación de 0,3 y buena coloración. Se solicitó una Tomografía de Coherencia Óptica en la que se apreció una leve disminución temporal de la capa de fibras nerviosas en región nasal en OD y temporal en OI. Se solicitó un campo visual 24-2, en el que no se encontró ningún defecto. Con estas pruebas fue diagnosticado de glaucoma preperimétrico y comenzó con tratamiento hipotensor con Tafluprost.

Conclusión: Distintos estudios han revelado que la prevalencia de glaucoma en la población afecta de SUR es del 11% a los 30 años, al 30% a los 40 años. Por tanto, ante un paciente afecto de SUR, hay que realizar un seguimiento a largo plazo, ya que la enfermedad de glaucoma se presenta con mayor prevalencia que en la población general y a una edad más temprana.

CC-02

LIBERACIÓN DE COÁGULO INTRALUMINAL CON NYLON 10/0 EN CIRUGÍA DE XEN 63 AB INTERNO CON CONJUNTIVA ABIERTA

Patricia García Carrero, José Luis Torres Peña, Marta Montero Rodríguez, M.^a Dolores Lago Llinás

Introducción: El implante XEN 63 tiene un mayor diámetro que su predecesor, lo que favorece un mayor control tensional. Sin embargo, como cualquier implante, es susceptible de obstruirse por restos hemáticos, pigmento o viscoelástico, lo que dificultaría su funcionamiento. Presentamos el caso de una cirugía con implante de XEN 63 ab interno con apertura conjuntival que presentó un coágulo intraluminal.

Técnica: Tras el implante del XEN 63 vía ab interno, observamos ausencia de salida de líquido a pesar de la correcta presurización de la cámara y el retiro del viscoelástico. Tras manipular el implante y retrocederlo levemente, observamos que presentaba un coágulo intraluminal. Utilizando un Nylon 10/0 por el extremo sin aguja, decidimos tutorizar el implante para liberar la luz. Tras varios intentos, conseguimos liberar la luz del coágulo, evidenciando una salida adecuada de humor acuoso.

Conclusiones: El implante XEN 63, al poseer una luz pequeña, no está libre de posibles obstrucciones, sobre todo por pigmento, sangre o material pseudoexfoliativo. Durante la cirugía, es fundamental comprobar que existe un adecuado flujo y formación de ampolla. En caso de obstrucción, el uso de un Nylon 10/0 puede ser una alternativa para resolver esta complicación.

CC-03

MANEJO DE HIPOTONÍA SECUNDARIA A CICLODIÁLISIS TRAS IMPLANTE DE XEN 45

Teresa García-Herrera Prada, José Luis Torres Peña, Alfonso López Alcaide, Beatriz De Lucas Viejo

Introducción: La ciclodíálisis es una complicación poco frecuente pero descrita tras implante ab interno de un dispositivo XEN.

Caso clínico: Paciente de 72 años a quien se le realiza cirugía de catarata combinada con implante XEN 45. Durante el implante del dispositivo XEN 45, se produce una ciclodíálisis de aproximadamente 2 horas. El postoperatorio presenta una presión de 2 mmHg. Se indica tratamiento con corticoides y ciclopentolato tópicos.

A la semana, observamos que la presión persiste en 3 mmHg. No existen desprendimientos coroides, pero sí pliegues maculares. Se indica tratamiento con esteroides orales. La ampolla del XEN está presente. Ante la falta de mejoría a las 3 semanas, se decide reparación quirúrgica de la ciclodíálisis, mediante anclaje del cuerpo ciliar a la esclera con sutura no reabsorbible. En el postoperatorio, la presión fue de 4 mmHg, con ampolla de filtración plana. En este momento, la agudeza visual es de 0,1 con pliegues maculares. Además, presenta coroides serosos que se reabsorben en 1 semana. Ante esto, decidimos implantar un anillo de tensión capsular de 13 mm para realizar compresión interna.

A las 24 horas, la presión subió a 10 mmHg; sin embargo, se observaba viscoelástico en la cámara anterior. A los 4 días, el paciente acudió a urgencias por dolor, encontrándose una presión de 35 mmHg. Se indicó tratamiento médico, controlando la PIO.

A los 6 meses de seguimiento, la presión se ha estabilizado, con una PIO con tratamiento de 16 mmHg y una agudeza visual corregida de 0,2.

Conclusiones: La hipotonía tras cirugía de glaucoma es probablemente una de las complicaciones más difíciles de tratar. Aunque se suele esperar hasta 30 días antes de tomar una actitud quirúrgica, la presencia de pliegues maculares requiere tratamiento urgente. En nuestro caso, pudimos controlarlo con la inserción de un anillo de tensión capsular de gran tamaño ya que la sutura de cuerpo ciliar fracasó.

CC-04

ABORDAJE QUIRÚRGICO DE CATARATA TRAUMÁTICA EN PACIENTE CON GLAUCOMA CONGÉNITO, BUFTALMOS Y DOBLE DISPOSITIVO BAERVELDT

Cristina Irigoyen-Bañegil, Elena Bitrian, Ta Chen Peter Chang

Introducción: Los pacientes con glaucoma congénito pueden requerir la colocación de un dispositivo de drenaje en edades tempranas, a pesar de permanecer fáquicos. Además, estos pacientes plantean dificultades técnicas debido a las diferencias anatómicas que pueden presentar.

Caso Clínico: Se presenta el caso de un varón de 23 años con antecedentes de glaucoma congénito bilateral, buftalmos, miopía patológica y síndrome de Bardet-Biedl. Acude a urgencias tras una caída y consecuente empeoramiento subagudo de la visión de su ojo izquierdo en los 4 días posteriores. El paciente estaba en seguimiento por glaucoma congénito bilateral, con dos dispositivos de Baerveldt-350 previos en el ojo izquierdo. Durante la exploración, se observó una catarata blanca en el ojo izquierdo con una aparente huella del tubo sobre el epitelio de la lente. Tras la colocación de un anillo de Malyugin por mala dilatación y tinción de la cápsula anterior, se descartó la disrupción de la cápsula anterior y se evidenció una placa de fibrosis en esta. Debido a la imposibilidad de realizar la capsulorrexia con cistotomo, se empleó un vitreotomo anterior con bajos niveles de corte (250 cpm) para facilitar la maniobra, completándola con tijeras capsulares. Se realizó una revisión y acortamiento de ambos tubos de drenaje, se completó la cirugía de catarata e implante de lente intraocular y se suturaron las incisiones.

Conclusión: La cirugía de catarata en presencia de dispositivos de drenaje plantea desafíos adicionales, especialmente en casos de ojos buftálmicos. La longitud axial en estos casos puede variar debido a la presión intraocular y al propio crecimiento del ojo, dificultando el cálculo de longitud intracamerular ideal del tubo en el momento de implantación. Este caso subraya las posibles complicaciones de implantes de dispositivos de drenaje en ojos fáquicos y resalta las dificultades quirúrgicas en ojos buftálmicos.

CC-05

BLEBITIS DE INICIO TEMPRANO POR STAPHYLOCOCCUS CAPITIS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PRESERFLO MICROSHUNT: A PROPÓSITO DE UN CASO

Bachar Kudsieh Biloun, Elena Almazán Alonso, Lucía Gutiérrez Martín

Propósito: Describir un caso de blebitis infecciosa de inicio temprano después de la implantación de un PRESERFLO MicroShunt®.

Métodos: Informe de caso.

Resultados: Una mujer de 73 años previamente diagnosticada de glaucoma de ángulo abierto secundario a un síndrome de pseudoexfoliación en su ojo derecho se sometió a la implantación de un PRESERFLO MicroShunt® con mitomicina C (MMC). Tres meses después de la cirugía, experimentó dolor ocular y reducción de la agudeza visual. El examen clínico reveló hiperemia conjuntival alrededor de una ampolla de filtración de apariencia blanquecina, tinción conjuntival positiva con fluoresceína y signo de Seidel, lo que llevó a la hipotensión ocular. Además, se observó una reacción inflamatoria en la cámara anterior y una densidad localizada en el vítreo. El manejo incluyó tratamiento con terapia antibiótica tópica, eliminación quirúrgica del tejido necrótico y del implante PRESERFLO®MicroShunt. Se aisló Staphylococcus capitis en los cultivos conjuntivales y del implante, confirmando el diagnóstico clínico de blebitis infecciosa. La presión ocular y la función visual se restauraron después de la cirugía.

Conclusiones: La blebitis es una complicación rara pero posible después de la implantación de un PRESERFLO® MicroShunt. Es necesario retirar el dispositivo para prevenir la extensión de la infección bacteriana desde una ampolla de filtración hacia la cámara anterior.

CC-06

SÍNDROME TÓXICO DEL SEGMENTO ANTERIOR DESPUÉS DEL IMPLANTE XEN 63: A PROPÓSITO DE UN CASO

Pau Marjalizo Jiménez, Julia Seco Orriols, M.^a Jesús Muniesa Royo, Josep Torras Sanvicens

Introducción: El síndrome tóxico del segmento anterior (TASS) es una reacción inflamatoria aguda y estéril del segmento anterior tras una cirugía no complicada. Se ha descrito principalmente tras cirugía de catarata, queratoplastia, inyecciones intravítreas y cirugía vitreo-retiniana. Presentamos el caso de un TASS tras una cirugía de implante XEN63. En la bibliografía revisada, no hemos encontrado ningún caso publicado de TASS asociado a este tipo de cirugía de glaucoma.

Caso clínico: Mujer de 85 años, pseudofáquica, se intervino de glaucoma en ojo izquierdo con implante XEN63 ab-interno, sin complicaciones. A las 24 horas, se objetivó edema corneal difuso, leve reacción en cámara anterior (CA) y un pico hipertensivo que se controló con tratamiento tópico hipotensor y corticoides. A la semana, la presión intraocular (PIO) era de 16 mmHg con ampolla de filtración difusa y edema corneal limbo-limbo con abundantes pliegues endoteliales, sin inflamación aparente del segmento anterior. A los 3 meses, se evidenció una marcada dispersión de pigmento endotelial con midriasis fija, leve reacción en CA, buen control tensional y persistencia del edema corneal que se mantiene a los 5 meses de seguimiento a pesar del tratamiento antiinflamatorio.

Conclusión: El TASS es una reacción inflamatoria postoperatoria poco frecuente, causada por la entrada en CA de un agente no infeccioso. Como en el caso presentado, los síntomas aparecen de forma precoz (12-24 horas tras la cirugía) con pérdida visual sin dolor significativo. Es característico el edema corneal difuso, células en CA, reacción fibrinoide y precipitados queráticos. También puede asociar isquemia iridiana con dispersión de pigmento y midriasis fija. El manejo se basa en antiinflamatorios y en tratar las complicaciones asociadas como glaucoma, edema macular o queratoplastia por descompensación corneal.

CC-07

MANEJO DE COMPLICACIONES INTRAQUIRÚRGICAS CON EL USO DE ISTENT INJECT®

María Massaneda Tuneu, Beatriz Rodríguez Aguado, Beatriz de Frutos Rodríguez, Mouafk Asaad

Introducción: La cirugía mínimamente invasiva para el manejo del glaucoma ha ido ganando importancia en la práctica clínica por su perfil de seguridad y menor tasa de complicaciones. iStent-inject® es un nuevo dispositivo de microderivación trabecular, que nos permite implantar dos stents ya precargados a través de una sola incisión en la malla trabecular, sobrepasando el área de mayor resistencia al flujo del humor acuoso. En la colocación de éstos dispositivos nos podemos encontrar situaciones de difícil manejo cuya resolución requiere una curva de aprendizaje compleja. Se presentan algunas de éstas situaciones y su resolución intra y/o postoperatoria.

Casos Clínicos: Se reportan 3 casos intervenidos en nuestro servicio. En el primero hubo una implantación ectópica del dispositivo que se solucionó retirándolo usando fórceps de membrana limitante interna e implantando un segundo en otro área de la malla. En el segundo, el dispositivo se desinsertó y se recuperó de cámara anterior con el propio inyector, pudiendo posicionarlo correctamente. En el tercero, tras la inyección del primer dispositivo, se inició un sangrado que se contuvo con viscoelástico permitiendo la inyección del segundo. Actualmente, en los dos primeros casos, la presión intraocular está controlada sin tratamiento. En el tercer caso ha sido necesario iniciar prostaglandinas tópicas con buen control.

Discusión y Conclusiones: Los nuevos dispositivos iStent-inject® representan una nueva intervención menos invasiva de elección en el tratamiento del glaucoma. Es importante conocer su funcionamiento y las posibles complicaciones intra o postquirúrgicas que puedan surgir, para saber cómo manejarlas de forma óptima.

CC-08

GLAUCOMA CONGÉNITO Y SÍNDROME DE AICARDI GOUTIÈRES, A PROPÓSITO DE UN CASO

Alfonso Miranda Sánchez, Rodrigo Fernández Narros

Caso clínico: Presentamos un caso de AGS en un niño de seis años de origen marroquí. A los cuatro meses de edad, sus padres buscaron atención médica debido a irritabilidad y retraso en el desarrollo, lo que llevó a realizar pruebas de imágenes cerebrales que revelaron calcificación de los ganglios basales.

Se realizó un estudio genético, que confirmó una mutación homocigota en el gen RNASEH2B característica del AGS.

Se detectaron presiones intraoculares elevadas de 32 milímetros de mercurio, lo que requirió el inicio del tratamiento con timolol/brinzolamida en ambos ojos. Inicialmente, el paciente mostró una respuesta positiva al tratamiento. Posteriormente, se agregó latanoprost al ojo izquierdo debido al aumento de la PIO.

A los 6 años, el paciente fue referido a nuestro hospital, un centro de referencia nacional para el glaucoma congénito. Se realizó una evaluación integral bajo anestesia general, revelando megacórnea en ambos ojos y una relación copa-disco de 0.8 en OD y 1 en OI. La PIO fue de 25 y 30 mmHg en OD y OI, respectivamente. Se realizó una goniotomía en ambos ojos, seguida de la administración de tobramicina/dexametasona comenzando con una gota cada 3 horas. El tratamiento hipotensor se suspendió.

Tres semanas después, se llevó a cabo una evaluación de seguimiento. Las PIO fueron de 17 y 18 mmHg en OD y OI, respectivamente, sin cambios aparentes en los nervios ópticos.

Discusión: El síndrome de Aicardi-Goutières (AGS) es una encefalopatía hereditaria caracterizada por calcificaciones en los ganglios basales, microcefalia, linfocitosis crónica en el líquido cefalorraquídeo y niveles elevados de interferón-alfa en el LCR y la sangre. Se han identificado varios genes asociados.

La asociación específica entre el AGS y el glaucoma congénito se ha documentado en un número limitado de casos. Hasta la fecha, solo se ha informado de un caso en el que el AGS, confirmado por pruebas genéticas, se asocia con glaucoma congénito, sin otras patologías.

CC-09

¿ATEROMATOSIS CAROTÍDEA COMO CAUSA DE NEUROPATÍA GLAUCOMATOSA?

Lorena Picasso Simón, María Castro Rebollo, Julio González Martín-Moro, Vicente Miralles Pechuán

Introducción: La neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica (NOIANA), es la más frecuente en mayores de 50 años tras el glaucoma. Se han identificado factores predisponentes como: hipertensión (HTA), diabetes (DM), dislipemia (DL), enfermedades coronarias, apnea del sueño, factor V de Leiden y procedimientos quirúrgicos con importante pérdida de sangre. Presentamos el caso de un paciente de 75 años en seguimiento por glaucoma que tras cirugía vascular es diagnosticado de NOIANA en ojo izquierdo (OI).

Caso clínico: Varón de 75 años con antecedentes de HTA, DM tipo 2, DL y exfumador. Implante de stent en ambas arterias ilíacas comunes y en seguimiento por nuestra parte por glaucoma de ángulo abierto tratado con Bimatoprost.

Acude a urgencias por pérdida brusca de la visión de OI tras haber sido sometido a endarterectomía de miembro inferior izquierdo hace dos semanas. A la exploración presenta agudeza visual del ojo derecho (OD) 1 / 3 y OI cuenta dedos a 2 metros con defecto pupilar aferente relativo. En el fondo de ojo presenta palidez papilar bilateral más marcada en OI. Se realiza OCT de papila presentando en ambos ojos afectación de 3 cuadrantes en rojo salvo región nasal amarilla, con un grosor total de 50 micras. Se diagnostica de neuropatía óptica isquémica anterior izquierda. Se completa estudio con eco-doppler y angioTAC de carótidas presentando ateromatosis severa de ambos sistemas carotídeos con estenosis significativa en arteria carótida interna derecha, oclusión completa de la arteria carótida interna izquierda y oclusión completa de la arteria vertebral izquierda.

Conclusión: La NOIANA que presentamos es un caso interesante puesto que concurren en él muchos factores de riesgo (HTA, DM, DL) con un claro desencadenante como es la cirugía vascular y que nos ha permitido descubrir la isquemia a nivel carotídeo que podría estar detrás de la neuropatía glaucomatosa que sufre el paciente.

CC-10

IMPLANTACIÓN DE XEN 63 INFERONASAL EN PACIENTE CON GLAUCOMA MIÓPICO REFRACTARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Pau Romera Romero, Jessica Botella García, Adrián Sánchez Fortún Sánchez, Jordi Loscos Arenas

Introducción: El glaucoma refractario continúa siendo un reto para el cirujano de glaucoma. Son ojos que ya han sido intervenidos mediante cirugía o ciclotodestrucción pero que continúan progresando a pesar del tratamiento farmacológico máximo. El implante Xen 63 (Abbie) es un cilindro de 6mm de longitud y 63 micras de diámetro interno que se utiliza para la derivación conjuntival del humor acuoso. Tiene la versatilidad de poderse colocar, ya sea ab-interno o ab-externo en los 360° ángulo de la cámara anterior.

Caso clínico: Mujer caucásica de 60 años con amaurosis de su ojo derecho, que presenta glaucoma miópico refractario con tratamiento previo de trabeculectomía en el cuadrante superior e inferior y válvula de Ahmed a nivel temporal. Presentaba agudeza visual de 0,5 con su mejor corrección óptica y campo visual con preservación de menos de los 5° centrales. La presión intraocular se mantuvo por encima de 20 mmHg a pesar de tratamiento farmacológico máximo. Dado el riesgo de progresión glaucomatosa se indicó cirugía de Xen 63 en el cuadrante infero-nasal, donde existía conjuntiva viable que permitiese su correcta filtración, mediante anestesia tópica y subconjuntival con lidocaína al 2% e inyección de mitomicina C 0,01% (0,1 ml). Al año de la intervención presenta una agudeza visual de 0,4 con mejor corrección óptica, una ampolla inferior funcionando, algo avascular, con presión intraocular de 10 mmHg y fondo de ojo sin cambios respecto al control preoperatorio.

Conclusiones: El dispositivo Xen nos permite realizar cirugías filtrantes en zonas que hasta la fecha eran más inaccesibles. Aunque son casos excepcionales los que van a necesitar este procedimiento, describimos que la implantación nasal inferior es efectiva para reducir la presión intraocular en casos en los que el resto de conjuntiva o esclera sea inabordable para una cirugía con posibilidades de éxito.

CC-11

IMPLANTE XEN 63: DOS COMPLICACIONES POTENCIALMENTE GRAVES PARA LA VISIÓN ¿ES TAN SEGURO COMO SE PRESENTA?

Andrés Valencia Megías, Ana Ibáñez Muñoz, Evangelina Grillo Mallo, Naroa Fernández Vázquez

Objetivos: Presentar el manejo de un paciente con maculopatía y desprendimientos serosos por hipotonía tardía severa tras Implante XEN63.

Caso clínico: Varón de 75 años, en seguimiento por glaucoma pseudoexfoliativo en ambos ojos (AO) con máxima terapia hipotensora ocular tolerable, que dado el mal control tensional (20mmHg) de su ojo derecho (OD) se decide realizar cirugía de implante XEN63. Su máxima agudeza visual corregida (MAVC) preoperatoria era de 0.8, con una excavación papilar de 0.8. La cirugía se realizó sin incidencias y en el postoperatorio temprano el paciente tuvo una presión intraocular (PIO) de 4mmHg sin alteración fundoscópica. A los 30 días del postoperatorio, acudió por disminución de visión (AV 0.2), objetivándose en la exploración ocular una PIO de 3mmHg, con atalamia grado 1, pliegues maculares y desprendimientos coroideos serosos. Se decidió terapia conservadora con tratamiento tópico de corticoides y ciclopléjico, y esteroides orales. Pese al tratamiento, el paciente no terminó de mejorar, por lo que se decidió retirar el dispositivo XEN63 en lámpara de hendidura. A las 24 horas del postoperatorio, se resolvieron los desprendimientos coroideos y la maculopatía, y la MAVC fue de 0.3. A los 3 meses de seguimiento, la MAVC fue 0.8, PIO de 16mmHg con 3 fármacos hipotensores, sin progresión campimétrica, pese a la complicación grave postoperatoria.

Conclusiones: La cirugía del implante XEN63 es una cirugía de glaucoma microinvasiva, segura y con baja índice de complicaciones. Pero la efusión coroidea y la maculopatía por hipotensión son complicaciones que debemos de ser capaces de reconocer, para ofrecer un adecuado manejo. El ejemplo que se presenta hace evidente que una técnica cuidadosa es esencial para evitar dichas complicaciones que son potencialmente graves para la visión.

CC-12

SÍNDROME DE CHANDLER

Álvaro Cristóbal Marín Lozano, Rocío Melero Giménez, Patricia Muñoz Jiménez, Raquel Moya Barquero

Introducción: El Sd. de Chandler es un trastorno dentro del grupo de Sd. iridocorneales. Son más frecuentes en mujeres y generalmente unilaterales, y se caracteriza por el desarrollo de un edema corneal, resultado de una disfunción del endotelio que impide la correcta regulación del fluido entre la córnea y el humor acuoso del ojo. Esto genera alteraciones en el iris como nódulos pigmentarios, sinequias periféricas y visión borrosa. El glaucoma se da en la mitad de los pacientes y es secundario a sinequias anteriores

Caso clínico: Paciente mujer de 58 años que acude a consulta por pérdida de agudeza visual progresiva de varios meses de evolución de OI, asociada a fotofobia y cefalea.

En la exploración se observa: AV OD: 1, OI: 0,1 NM.

BMC OD: Normal, *BMC OI:* Hiperemia mixta, corectopia, CABP, Leucoma corneal central, erosión epitelial central fluo +, edema corneal generalizado con pliegues en Descemet en toda la superficie. Depósito retroquerático en zona superior. No hipopion, Ectropio uveal. PIO 15/35. Sinequias periféricas en gonioscopia. FO: OD: Normal, OI: aumento de la excavación papilar. CV alteraciones importantes en OI. La paciente fue tratada de la erosión corneal central con colirios de corticoides, antibióticos y ciclopléjico con mejoría clínica. No mejoró de la elevación de la PIO a pesar de tratamiento intensivo farmacológico por lo que se decidió realizar una trabeculectomía.

Conclusión: Actualmente presenta buen control de la PIO. Se encuentra en revisiones para control de las erosiones corneales recidivantes, ha mejorado el edema y defecto epitelial, no así del resto de alteraciones, diagnosticándose de Síndrome de Chandler. Actualmente en tratamiento con lubricación intensa y controles estrechos en unidad de córnea para evitar infecciones recurrentes y descompensaciones corneales.

Bibliografía: Alvim P.T. Cohen E.J. Rapuano C.J. et al. Penetrating keratoplasty in iridocorneal endothelial syndrome. *Cornea* 2001; 20: 134-140.

CC-13

MANEJO DE UN CASO DE LEIOMIOMA ORBITARIO GIGANTE

Miguel Castillo Fernández, Julia Aramburu Clavería, Marta Suñer Martínez, Jesús M.^a Castillo Laguarda

Objetivos: El leiomioma orbitario es un tumor benigno cuyo origen procede de las células musculares lisas. La localización orbitaria fue descrita por primera vez por Lodato en 1896 y desde entonces tan sólo se han reportado alrededor de 30 casos más.

En esta comunicación presentamos el caso de un joven con un leiomioma orbitario de larga evolución con gran afectación ocular. Las imágenes muestran la impresionante magnitud del tumor y su impacto en la órbita.

Material y métodos: El tumor era inusualmente grande y causaba una proptosis severa y una afectación importante de la musculatura ocular. El paciente presentaba amaurosis, una oftalmoplejía completa, dolor ocular espontáneo e incapacidad para cerrar los párpados. Debido al tamaño del tumor y su progresión, se realizó una exenteración orbitaria derecha para eliminar todo el contenido orbitario. El procedimiento quirúrgico tenía como objetivo prevenir la recurrencia del tumor y mejorar la calidad de vida del paciente. El análisis histopatológico confirmó el diagnóstico de leiomioma orbitario.

Discusión y conclusiones: La mayoría de los leiomiomas orbitarios se diagnostican en adultos varones y jóvenes, ya que principalmente ocurren en la tercera y cuarta décadas de la vida. Sin embargo, se han reportado casos en pacientes pediátricos, como este en un joven de 14 años.

Este caso presenta un interés particular por el grado de evolución que ha alcanzado. La extirpación completa del tumor y el seguimiento a largo plazo son necesarios para prevenir la recurrencia y garantizar resultados óptimos. Además, este caso pone de manifiesto las grandes diferencias en el acceso a la sanidad en las diferentes regiones del mundo.

CC-14

OCLUSIÓN DE ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA TRAS INYECCIÓN DE TRIAMCINOLONA PERIOCLAR

Marta Corcuera Munguía, Claudia Klein Burgos, Marga Sánchez Orgaz, Álvaro Arbizu

Introducción: La trocleitis es una condición idiopática caracterizada por dolor orbitario en el cuadrante supero-nasal por inflamación de la tróclea. El tratamiento habitual en los casos moderados – severos es la inyección de triamcinolona periocular. Aunque tiene un buen perfil de seguridad; la oclusión de arteria central de la retina (ACR) se encuentra entre sus posibles efectos adversos. El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de pérdida de visión por ACR tras la inyección de triamcinolona en una paciente con trocleitis.

Caso clínico: Mujer de 45 años que acude para valoración por trocleítis de ojo derecho (OD) que no mejora con analgesia. Se decide inyección de Trigón en región superior interna OD. La paciente comienza con diplopia y dolor, midriasis y oftalmoplejia OD con una agudeza visual (AV) de no percepción de luz en dicho ojo y una PIO de 30 mmHg. En el fondo de ojo se aprecia un punteado amarillo siguiendo el trayecto de la arteria ciliarretiniana. Se realiza paracentesis de cámara anterior (CA) y cantotomía y cantolisis urgentes, tras lo cual la paciente alcanza una AV de cuenta dedos a 50 cm. La tomografía de coherencia óptica (OCT) muestra múltiples desprendimientos exudativos retinianos. En el fondo de ojo al día siguiente se aprecian las lesiones puntiformes ya descritas con imagen de mancha rojo cereza en la mácula. Se realiza de nuevo paracentesis de CA, con mejoría de la AV de la paciente. Se pauta un bolo de 80 mg de metilprednisolona, Adiro 100mg, Eplerenona 25mg /día y Somazina 1000 mg al día con mejoría de la oftalmoplejia y AV en días consecutivos. Comienza con prednisona oral en pauta descendente mostrando una AV de 1/8 a los tres días, de 1/4 a las dos semanas con una AV final de 2/3 con normalización del fondo de ojo.

Conclusión: La oclusión de arteria es, aunque improbable, una posible complicación de la inyección de triamcinolona periocular que se debe tener siempre presente.

CC-15

LA OLEADA DE FÍSTULAS CARÓTIDO-CAVERNOSAS

Ana González Durán, Germán Ancochea Díaz, Beatriz Galán García

Las fístulas carótido-cavernosas son una comunicación vascular anormal entre las arterias y venas de la región del seno cavernoso. Existen diferentes clasificaciones de las fístulas, pero la más usada es la de Barrow. Es una patología rara que puede llegar a urgencias de oftalmología por la proptosis, ojo rojo, quemosis, aumento de presión intraocular (PIO), visión doble, tinnitus pulsantes etc que puede producir.

Presentamos tres casos de fístulas carótido-cavernosas: Paciente que acude a urgencias por dolor, disminución de agudeza visual y diplopía horizontal en ojo derecho (OD) desde hace 2 días. Se diagnostica de sexto par craneal derecho isquémico, pero tras 1 semana, la clínica se acompaña de paresia del recto medial junto con dilatación venosa conjuntival y quemosis. El diagnóstico se confirma mediante Angio TAC.

Paciente que acude a Urgencias por dolor, enrojecimiento y proptosis en OD. En la exploración se encuentra hiperemia nasal y PIO de 28. Una semana más tarde de nuevo por urgencias presentaba síntomas oculares más acusados: limitación de la abducción, hiperemia, quemosis inferior y tras confirmación con TAC y ecoDoppler se somete a embolización arterial.

Paciente que acude por visión doble y cefalea desde hace 2 semanas. En la exploración presenta parálisis de VI par derecho con TAC craneal normal. A pesar de que en revisión los síntomas habían remitido, al mes, presenta limitación de la abducción, junto con proptosis, tortuosidad vascular y PIO de 28. Fue necesaria confirmación diagnóstica con arteriografía. Tras la embolización persistía diplopía.

Conclusión: En un ojo rojo unilateral que no mejora se debe incluir la fístula carótido-cavernosa como diagnóstico diferencial, solicitar las pruebas de imagen adecuadas para su diagnóstico y tratarlo tanto vascularmente como oftalmológicamente puesto que la resolución de la fístula no implica la resolución completa de los síntomas oculares.

CC-16

RABDOMIOSARCOMA DE SUBTIPO ALVEOLAR NASAL O DE SENO PARANASAL CON INVASIÓN ORBITARIA EN ADULTO JOVEN: PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

Regina López-Ladrón García Borbolla, Silvia Pérez Trigo, Consuelo Mata Beltrán, Luis Alcalde Blanco

El rhabdomyosarcoma es un tumor maligno de alto grado. Más frecuente en edad pediátrica siendo la mayoría de casos publicados en niños o adolescentes (10 a 15 años de edad). El de tipo alveolar (RA) es el subtipo más agresivo y la localización de seno nasal o senos paranasales es muy infrecuente. La extensión orbitaria del mismo es excepcional.

Casos clínicos: 1. Mujer de 17 años con gran tumoración facial, destrucción de estructuras oculares y amaurosis bilateral. Desde hace meses presenta cambios de personalidad, proptosis con gran desplazamiento axial del ojo izquierdo (OI) y posteriormente del derecho (OD). El escáner muestra una gran lesión retrorbitaria izquierda con invasión ósea, cerebral frontal con efecto masa asociado y adenopatías latero-cervicales. Ingresó en cuidados paliativos. Fallece a los 10 días.

2. Varón, 24 años presenta congestión nasal, pérdida de agudeza visual (AV) en OD, pérdida de sensibilidad facial y proptosis. Adenopatías preauriculares, submandibulares y latero-cervicales. El escáner presenta una masa homogénea en la cavidad nasal derecha que destruye etmoides y órbita. Estudio de extensión negativo. Se realizó tratamiento quimioterápico y radioterápico. Dos años después fallece por complicaciones asociadas.

3. Varón, 26 años acude por congestión nasal y epistaxis. Pérdida de AV en OD e inflamación orbitaria. Adenopatías submandibulares, proptosis y oftalmoplejía total. Resonancia magnética con una gran masa en cavidad nasal infiltrando la órbita, seno etmoidal, y seno frontal. Extensión a fosa craneal anterior. Tras tratamiento falleció a los 5 meses.

Los tres casos diagnosticados de RA con confirmación inmunohistoquímica e histopatológica.

Conclusiones: El RA con origen en senos nasales o paranasales en el adulto tiene mal pronóstico cuando se diagnostica con invasión orbitaria o presencia de ganglios linfáticos. El diagnóstico precoz es importante para planificar el mejor tratamiento e intentar una mayor tasa de supervivencia.

CC-17

CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO PRIMARIO DE LA CARÚNCULA LAGRIMAL ABORDAJE DE UN CASO INUSUAL

Mirlibeth Loreto Carrero, María Rodríguez Sánchez, Elena Pérez Díez, Isabel Sendino

Introducción: Las lesiones carunculares son infrecuentes, cuando se presentan suelen ser de etiología benigna 9498%. Si encontramos una lesión con antecedentes de crecimiento rápido, bordes irregulares, superficie pigmentada o ulcerada, edad mayor de 60 años u otros signos de malignidad debe extirparse y realizarse un examen histopatológico detallado para permitir un diagnóstico final y excluir tumores malignos con potencial letal.

Caso clínico: Mujer de 77 años, remitida a consulta de oculoplástica por lesión pigmentada en canto interno de ojo derecho (OD) de crecimiento rápidamente progresivo menos de 6 meses, no dolor, ni otra clínica añadida. En la exploración la agudeza visual en OD 1 y ojo izquierdo (OI) 0,5 en la biomicroscopia OD se evidencia carúncula aumentada de tamaño, transiluminación positiva, bordes irregulares, y fondo de ojo normal. Se solicita Tomografía computarizada (TC) de órbita que reporta nódulo hiperdenso de 11mm en zona inferior de la órbita derecha en contacto directo con borde medial del globo ocular con una hiperdensidad puntiforme en zona media craneal; se programa para biopsia de lesión en carúncula y estudio histopatológico con hallazgos compatibles de carcinoma adenoide quístico, se interconsulta a oncología, realizan estudios de extensión sin signos de diseminación y programan ciclos de radioterapia (RT) adyuvante, actualmente la paciente está en remisión y seguimientos periódicos.

Conclusión: El carcinoma adenoide quístico es una neoplasia poco frecuente, cuya afectación a nivel ocular suele ser la glándula lagrimal en 20-30%. Encontramos 2 casos reportados en la bibliografía, por su parte la ubicación expuesta de la carúncula nos permitió realizar resección quirúrgica precoz, y en conjunto con oncología tratar con RT adyuvante, dada la alta tasa de recurrencia local de esta neoplasia, hemos conseguido un pronóstico favorable para nuestra paciente. De esta manera aportamos evidencia en cuanto al manejo de este caso inusual.

CC-18

INJERTO DE ESCLERA SIN SUTURA A TARSO EN RETRACCIÓN PALPEBRAL

Pablo Rivera Pérez de Rada, Pedro Muel González, Nora Muruzabal Zaldibar, Carmen Díaz de Cerio Ramsden

Introducción: La retracción palpebral inferior es abordada a menudo con injertos biológicos. Clásicamente, los injertos son suturados al tarso para mantener la posición y así elevar el párpado. En nuestra experiencia, se puede hacer sin suturar el injerto al tarso, ya que con colocar el injerto en el bolsillo que se crea en párpado inferior es suficiente. Presentamos nuestra experiencia de 5 casos usando esta técnica.

Maniobra quirúrgica: Incluye vídeo.

Paso 1: Sujetar el párpado con sutura. *Paso 2:* Abrir un bolsillo a través de la conjuntiva subtarsal. *Paso 3:* Introducir el injerto de esclera en bolsillo, sin necesidad de fijarlo a ninguna estructura. *Paso 4:* Se cierra el bolsillo con Vycril 7/0.

Conclusión: La técnica es muy sencilla y rápida. No requiere extraer tejido de área donante. Solo provoca hematoma palpebral inferior y molestias durante unas semanas. El efecto de elevación está en torno a los 1.5 mm.

Los injertos son usados hace tiempo para tratar la retracción palpebral. La técnica clásica incluye la sutura del injerto al tarso, pero es posible prescindir de esa sutura sin perder el efecto de elevación del párpado. Se trata de una técnica sencilla y efectiva para tratar la retracción palpebral.

CC-19

SINUPATÍA QUÍMICA POR COCAÍNA: UN DESENCADENANTE DE COMPLICACIONES ORBITARIAS SEVERAS

María Camila Yane Gauffin, M.^a Victoria Navarro Abellán, María de los Reyes Retamero Sánchez, Francisca Sonia Díaz Calvo

Introducción: El abuso nasal de cocaína genera una isquemia local con necrosis osteocartilaginosa. Dado su cercanía, pueden presentarse complicaciones perioculares y orbitarias, que podrían comprometer la vida.

Caso clínico: Mujer de 32 años que consulta por ojo rojo doloroso y diplopía de una semana de evolución junto con síntomas rinosinusales. A la exploración presenta agudeza visual (AV) 1/1, edema palpebral, proptosis y papila edematosa. En la tomografía computarizada (TAC) se observa absceso subperióstico derecho con osteólisis de la lámina papirácea del etmoides. Dado el alto índice de sospecha, la paciente confiesa ser consumidora de cocaína. Tras drenaje del absceso vía endonasal, cuyo cultivo evidenció un *Staphylococcus aureus* resistente a penicilina, y tratamiento sistémico, se resuelve el episodio. 2 meses después, reconsulta por pérdida brusca de visión. A la exploración, AV de percepción de luz, limitación casi completa de la motilidad ocular extrínseca y defecto pupilar derecho, así como, isquemia aguda en el fondo de ojo. La TAC indica ausencia del músculo recto medial y nervio óptico medializado, síndrome del ápex orbitario y absceso adyacente. La resonancia magnética señala que la isquemia es secundaria a perineuritis infecciosa a través de la vaina del nervio óptico. Se realiza tratamiento y estabilización, sin mejoría de AV. Actualmente la paciente está en deshabitación y pendiente de cirugía reconstructiva.

Discusión: El uso de cocaína debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las enfermedades conocidas como «granuloma maligno de la línea media». La neuropatía óptica en usuarios de cocaína es principalmente retrobulbar, rara vez anterior, y menos habitual por extensión de la infección, como nuestro caso.

Conclusiones: Sospechar abuso de sustancias ante celulitis orbitaria con necrosis de la línea media. La antibioterapia sistémica y drenaje del absceso precoz es fundamental. Aun así, en casos avanzados, puede llevar a la pérdida visual.

CC-20

NEURORRETINITIS POR TOXOPLASMA: UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA

Ariana Briceño Gutiérrez, Sara Mayoral Sánchez, Claudia Fraidías Hidalgo

La toxoplasmosis ocular, causada por el parásito *Toxoplasma gondii*, cuyo huésped definitivo es el gato, es una de las principales causas de uveítis infecciosa en el mundo, típicamente se presenta como uveítis posterior con una lesión coriorretiniana unilateral y vitritis, existiendo manifestaciones atípicas como papilitis, neurorretinitis, edema macular cistoide y retinitis toxoplásmica recurrente de la fovea interna (RIFTER).

Caso clínico: Paciente femenina de 63 años que acude por pérdida de agudeza visual (AV) en el ojo izquierdo (OI) de 5 meses de evolución, un episodio de fiebre sin foco. Sin antecedentes personales de interés, salvo la presencia de un gato en su domicilio.

Exploración: AV: Ojo derecho(OD): 0.7, OI: 0.4

Biomicroscopía: Sin hallazgos patológicos en ambos ojos.

Fondo de ojo: OD: Vítreo claro, papila de bordes bien delimitados, polo posterior y periferia conservados. OI: Focos de vitritis inferior, papila de bordes borrados en 360°, árbol vascular normal, sin focos de coriorretinitis.

OCT mácula y papila: OD: perfil foveal conservado; OI: elevación papilar y quistes intrarretinianos (QIR).

Pruebas analíticas: Serología: *Toxoplasma gondii* (IgG + (Ac alta avidéz), IgM -) Otras infecciones y marcadores autoinmunes: negativos.

Tratamiento: Se inició tratamiento con pirimetamina/sulfadiazina, prednisona oral e inyección intravítrea (IIV) de clindamicina. Tras dos dosis de IIV de clindamicina desaparecen QIR, persistiendo el edema de papila. Debido a mala tolerancia oral del tratamiento antibiótico, se administró una tercera dosis de IIV de clindamicina.

Conclusiones: Resaltamos la importancia de una anamnesis detallada y la consideración de presentaciones atípicas en oftalmología. Subraya la necesidad de realizar una buena anamnesis para guiar las pruebas complementarias, más cuando la clínica es dudosa. Además, aunque raras, las presentaciones atípicas de enfermedades infecciosas ocurren en la práctica clínica, lo que dificulta su diagnóstico.

CC-21

VENCIENDO A «LA GRAN SIMULADORA»: DIAGNÓSTICO PRECOZ DE INFECCIÓN POR SÍFILIS EN UNA SERIE DE CASOS

Belén García Remedio, María Jerez Fidalgo, Coral Arriola Naharro

Introducción: La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, que es capaz de producir múltiples y variadas manifestaciones a nivel sistémico, así como signos oculares que pueden presentar cualquier patrón. Es por ello que se la conoce como «la gran simuladora» y por tanto se deberá tener en cuenta en el diagnóstico diferencial ante cualquier episodio de inflamación ocular.

Casos clínicos: Presentamos ocho casos clínicos de sífilis ocular diagnosticados en un hospital de tercer nivel. Uno de ellos debutó con edema de papila sin pérdida de agudeza visual asociada, dos debutaron con escleritis asociada a uveítis anterior granulomatosa sinequante, y el resto (cinco) fueron diagnosticados de panuveítis.

En estos casos de panuveítis, la aparición de infiltrados prerretinianos, la vasculitis con afectación predominante de las arterias, el desarrollo de epitelio patía placoide de polo posterior y la aparición de depósitos a nivel del epitelio pigmentario de la retina en la tomografía de coherencia óptica fueron datos que nos hicieron sospechar de manera clara la sífilis como causa del cuadro oftalmológico.

Conclusiones: El objetivo de esta comunicación es, a través de esta serie de ocho casos clínicos, poner de manifiesto la amplia variabilidad de las manifestaciones oftalmológicas producidas por la sífilis, así como destacar datos claves de la exploración que nos pueden facilitar y orientar enormemente en su diagnóstico.

CC-22

LESIONES PLACOIDES EN LA RETINA: APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA A PROPÓSITO DE 3 CASOS

Rosario Izquierdo Escámez, Alejandro Fonollosa Calduch, Joseba Iñaki Artaraz Beobide, Eva M.^a Salinas Martínez

Introducción: Dentro de las entidades que cursan con lesiones coriorretinianas placoides se incluyen la epitelio patía pigmentaria placoides posterior multifocal aguda (EPPPMA), la maculopatía placoides persistente (MPP), la coroiditis serpinginosa, la coroiditis serpinginosa-like, la coriorretinitis placoides recidivante y la coriorretinitis placoides posterior sifilítica aguda. La patogenia aún no es clara y suelen afectar a la capa coriocapilar, pero también a la retina externa y al epitelio pigmentario.

En esta comunicación, compartimos algunas claves de imagen multimodal en el diagnóstico de tres pacientes con entidades placoides.

Casos clínicos: En primer lugar, tenemos un paciente con una coriorretinitis serpinginosa avanzada y refractaria a varios inmunosupresores. El segundo caso es un varón joven que acude con un escotoma paracentral unilateral. Frente a una atrofia macular brusca de origen desconocido se planteó estudiar y observar. El test de cuantiferón fue positivo, sin clínica de tuberculosis (TBC), por lo que el paciente recibió quimioprofilaxis. Se sospechó la variante de serpinginosa macular con necesidad de un estrecho control dado el alto riesgo de reactivación y afectación contralateral. El tercer caso se trata de una mujer joven con escotomas paracentrales en ambos ojos que se resuelven sin tratamiento. Las pruebas para sífilis y TBC fueron negativas, siendo el diagnóstico de EPPPMA.

Conclusión: Las lesiones placoides se pueden presentar con diferentes patrones clínicos y morfológicos. En su aproximación diagnóstica, la imagen multimodal será de gran ayuda, por el contrario, diferenciar entre infeccioso y no infeccioso no será una aproximación acertada y, siempre, debemos descartar sífilis y TBC. Por último, es primordial distinguir entre las entidades placoides que requieren un tratamiento rápido y las que sólo requieren observación. En ambas situaciones, el seguimiento estrecho es necesario para alcanzar el mejor pronóstico posible.

CC-23

LINFOMA PRIMARIO DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: RETO DIAGNÓSTICO E IMPORTANCIA DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Cristóbal Andrés Neira Fonseca, Anselmo Feliciano Sánchez, Romana García Gil, Sergio Inat Moreno

Introducción: El linfoma primario de sistema nervioso central (LPSNC) es una variedad de linfoma que supone el 5% de los tumores de SNC. Está confinado al cerebro, la médula espinal, ojos y leptomeninges. La incidencia es baja siendo de 0.5 en 100.000 habitantes - año. Hay retraso en su diagnóstico por enmascaramiento con otras entidades. Presentamos un caso de una mujer con disminución visual con sospecha inicial de neurorretinitis y que el trabajo interdisciplinario llevó al diagnóstico final.

Caso clínico: Mujer de 34 años que acudió a urgencias por disminución visual aguda del ojo derecho (OD), sin antecedentes previos. Oftalmología evidenció una agudeza visual (AV) de 0.4 en OD y de 1.0 en ojo izquierdo con biomicroscopía anterior sin alteraciones. Al fondo de ojo destacaba vitritis de +++ y gran edema de nervio óptico. En la tomografía computarizada (TC) cerebral y orbitario destacaban 2 nódulos hipodensos. Neurología de guardia decidió hospitalizarla, pero ella lo rechazó solicitándose resonancia magnética (RM) cerebral de manera ambulatoria. Oftalmología realizó serología y paracentesis diagnóstica de humor acuoso descartándose componente infeccioso e iniciando tratamiento con corticoides sistémicos con buena evolución, llegando hasta una AV de 1.0 en OD. En la RM cerebral se hallaron múltiples lesiones milimétricas corticales cerebrales y cerebelosas de posible etiología infecciosa o inflamatorias, sin sugerir origen metastásico. Ya ingresada, se hizo una punción lumbar con aparición de células linfoides B de fenotipo atípico y una Tomografía por emisión de positrones - TC sin signos de neoplasia. Dada la falta de confirmación histológica, se hizo una vitrectomía pars plana confirmando el diagnóstico de Linfoma.

Conclusión: El LPSNC es un desafío diagnóstico y requiere de gran sospecha inicial. La eficiente comunicación entre los equipos médicos facilita el manejo de las diferentes patologías sistémicas pudiendo tener una repercusión en el pronóstico.

CC-24

DE LA UVEÍTIS AL LINFOMA PRIMARIO VITREORRETINAL: UN RETO CLÍNICO PARA LOS OFTALMÓLOGOS

Jhon Jarold Reyes Muñoz, Laura Such Irusta, Ana Montoliu Antón, Francisco José Ramos Martí

Introducción: El linfoma primario vitreorretinal (LPVR) pertenece a un grupo de linfomas primarios del Sistema Nervioso Central de células B, tipo no Hodgkin, cuya tendencia es a imitar una uveítis crónica posterior.

Caso clínico: Paciente femenina de 48 años, sin antecedentes, quien consulta por cuadro clínico de 9 meses de miodesopsias en ambos ojos, con disminución de la agudeza visual (AV) en el ojo izquierdo (OI) en los últimos 6 meses. Presentaba AV en OD de 0.5 que con agujero estenopeico no mejorada y en OI veía cuenta dedos a 30 cm de distancia. Presentaba signos de vitritis en OI y de coriorretinitis multifocal visible en OD, por lo que se inicia estudio etiológico de uveítis posterior. Se realizó analítica inmunológica, estudio reumatológico y serología infecciosa que resultan negativas. Se inició tratamiento con metotrexate (MTX) con escasa respuesta y durante su evolución se aplicaron bolos de corticoides intravenosos. Posteriormente se añaden corticoides orales en pauta descendente y micofenolato, pese a esto, presentaba una respuesta parcial. El estudio continuó con la toma de muestra vítrea en OI que reportó células que podrían corresponder a celularidad linfoide atípica. Resultado que se confirmó con el estudio anatomopatológico de muestra vítrea en OD que mostraba presencia de celularidad linfoide atípica tipo linfocitos B. Se realiza estudio de extensión, siendo negativo. Debido a la alta sospecha de LPVR, se inicia tratamiento con inyecciones intravítreas (IV) de MTX, iniciando con 8 IV semanales de carga y luego 1 IV cada dos semanas, con lo que se aplicaron 7 IV más. Al terminar el tratamiento local la mejoría de la AV sin corrección en OD era de 0.9 a la 1, y en OI de 0.9. Posteriormente el servicio de hematología inició tratamiento quimioterápico sistémico.

Conclusión: El diagnóstico del LPVR representa un reto clínico. El tratamiento con MTX IV puede producir remisión, sin embargo el pronóstico es malo y puede producirse recaída.

CC-25

IMAGEN MULTIMODAL EN OFTALMÍA SIMPÁTICA ASINTOMÁTICA EN UN ANCIANO

Alexandra Ruiz Guijosa, David Díaz Valle, José Fernández-Vigo Escribano

Presentamos el caso clínico de una mujer de 88 años que sufrió un estallido ocular con prolapso uveal en su ojo izquierdo en marzo de 2023, con reparación primaria del globo ocular el mismo día del traumatismo. A lo largo de la evolución, se comprobó que el ojo izquierdo evolucionó hacia la ptisis bulbi, y debido a la presencia de catarata en su ojo único funcional, se decidió realizar cirugía de facoemulsificación dos meses más tarde del evento traumático, con resultados satisfactorios. En un control rutinario tres meses después, a pesar de que la paciente se mostraba visualmente asintomática, el ojo derecho mostraba panuveitis granulomatosa junto a una imagen de aserramiento multifocal del epitelio pigmentario de la retina con discreto fluido subretiniano asociado, así como vitritis, envainamiento vascular retiniano segmentario, engrosamiento coroideo y focos hiperreflejos correspondientes con los nódulos de Dalen-Fuchs.

Debido a la edad avanzada y a la pluripatología cardiovascular y psiquiátrica de la paciente, junto a la ausencia de clínica ocular, se decidió comenzar con tratamiento tópico corticoideo y ciclopléjico, además de prednisona oral a una dosis de 40 mg al día, observándose una reabsorción del líquido subretiniano a la semana de tratamiento. En ese momento se añadió azatioprina 50 mg/día como futuro ahorrador de corticoides. A pesar de ello, la paciente desarrolló fibrosis subretiniana y neovascularización coroidea, complicaciones de la fase crónica de la enfermedad.

CC-26

DESPRENDIMIENTO DE RETINA CON SOSPECHA INICIAL DE UNA MASA COROIDEA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Maite Valentina Serrano Pérez, Andrés Jesús Peñalver Alcaraz, Elena Sarabia Marín, Inmaculada Sellés Navarro

Introducción: El desprendimiento de retina (DR) con inflamación y ondulación coroidea unilateral presenta un amplio abanico de etiologías, entre las que destacan el melanoma coroideo y los tumores metastásicos. Por ello, las pruebas diagnósticas son fundamentales para un diagnóstico preciso.

Caso clínico: Mujer de 43 años con antecedentes de enfermedad de Chagas inactiva acude a urgencias por disminución de la agudeza visual en ambos ojos desde el día anterior. La mejor agudeza visual corregida era de 0,4 en el ojo derecho y 0,7 en el ojo izquierdo. En el examen oftalmológico, el segmento anterior no presentaba alteraciones relevantes. En el fondo de ojo izquierdo se observó una papila hiperémica con bordes mal definidos en la zona temporal y una sobreelevación en el polo posterior, principalmente en el área temporal superior, sin hemorragia. La tomografía de coherencia óptica (OCT) reveló un desprendimiento neurosensorial exudativo extenso en polo posterior y una inflamación coroidea manifiesta caracterizada por una elevación de la coroides. La ecografía ocular realizada varios días después, evidenció un engrosamiento retinocoroideo difuso en la hemirretina superior y temporal, con signo de la T positivo. La resonancia magnética mostró hallazgos compatibles con coriorretinitis o uveítis, descartándose melanoma u otro tumor. Basándose en estos hallazgos, se diagnosticó escleritis posterior y se decidió administrar una inyección de triamcinolona subtenoniana e iniciar una pauta de corticoides orales. En el momento actual la paciente presenta un DR exudativo de menor tamaño y se ha añadido, recientemente, un tratamiento inmunosupresor.

Conclusión: El caso presentado refleja la complejidad del diagnóstico diferencial de un DR exudativo con sospecha inicial de una masa coroidea. La escleritis posterior, una entidad relativamente rara, puede presentar síntomas y hallazgos clínicos que se superponen con otras patologías oculares.

CC-27

SÍNDROME DE COGAN, MANIFESTACIONES OFTALMOLÓGICAS. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Beatriz Son Camey, Jara Sauqué Giménez, Carmen Muñoz Morata, Eduardo Vleming

Introducción: El síndrome de Cogan es una patología inflamatoria autoinmune rara que afecta el aparato auditivo y ocular y rara vez puede ser responsable de vasculitis de grandes vasos. Aún no se comprenden la patogénesis y la etiología del síndrome de Cogan. El diagnóstico representa un verdadero desafío para el clínico debido a la variabilidad y presentación cronológicamente escalonada de los diferentes síntomas. La evolución de la enfermedad puede asociarse a un pronóstico funcional grave. Por tanto, el conocimiento de este síndrome es imprescindible para el oftalmólogo.

Caso clínico: Paciente de 50 años con antecedentes de LNH-B folicular y meningioma del seno cavernoso derecho, en estudio por ORL por vértigo y disminución de agudeza auditiva (AA). Consultó por disminución de AV OD, posterior a evaluación oftalmológica se diagnosticó UAA OD, con buena respuesta a CC tópicos (julio y agosto de 2016). Posteriormente presentó episodios de parestias, afectando cara y extremidades, se realizó estudio sistémico donde se identificó vasculitis de grandes vasos e iniciaron la administración de Metrotexato y Tocilizumab. En 2018 se realizó un implante coclear por hipoacusia neurosensorial bilateral con cofosis del OD en el seno de enfermedad inmunomediada del oído interno. En agosto de 2019 es diagnosticada de vasculitis granulomatosa necrotizante de vaso pequeño y en mayo de 2024 desarrolla papilitis sin disminución de AV, con buena respuesta a la administración de CC PO.

Conclusiones: El síndrome de Cogan es una patología rara, se presenta con manifestaciones clínicas típicas o atípicas. Un buen conocimiento de los diferentes aspectos clínicos así como una colaboración multidisciplinar es necesaria para un diagnóstico precoz.

El Síndrome de Cogan atípico se caracteriza por diferentes manifestaciones inflamatorias oculares, con o sin queratitis intersticial, en asociación con síntomas audiovestibulares y un retraso de más de 2 años entre el inicio de las manifestaciones.

CC-28

REPORTE DE UN CASO ALARMANTE DE VOGT-KOYANAGI-HARADA (VKH) EN UNA NIÑA

María Xirgu Llach, Fernando Trejo Velasco, Teresa Sánchez-Contador de Ros, Jesús Díaz Cascajosa

Introducción: La uveítis es infrecuente en pediatría. La primera causa en un 41,5% de niños es la artritis idiopática juvenil. En cambio, solo un 2% se deben a VKH. VKH es una reacción autoinmune que causa panuveítis en ambos ojos (AO) con desprendimientos exudativos. Puede afectar encéfalo-meninges, audición y piel. Es un diagnóstico de exclusión.

Caso clínico: Se presenta una niña de 10 años de Senegal. Consulta por molestias en AO de meses orientada como conjuntivitis. En ambos ojos destaca: flare y celularidad anterior grado 4, y vitritis grado 5. Su agudeza visual (AV) es de movimiento de manos en ojo derecho (OD) y de 0,08 en ojo izquierdo (OI). No se puede visualizar el fondo de ojo. La ecografía muestra engrosamiento coroideo en AO con desprendimientos retinianos en OI. El estudio causal de uveítis es anodino. Se orienta como VKH. Se indican mega bolus de corticoides, seguidos de altas dosis de corticoides orales y tópicos con cicloplejía. Neuro-pediatría descarta afectación sistémica.

Al seguimiento, mejora la turbidez y los desprendimientos bacilares. Se descende lentamente los corticoides, pero a los 3 meses persiste haze y desprendimientos serosos con AV de 0,1 en OD y cuenta dedos en OI. Se inicia Metrotecto y Adalimumab.

Conclusión: La uveítis en niños merece especial atención. 1/3 tiene severa afectación visual por complicaciones debidas al retraso diagnóstico. Además, tienen riesgo de ambliopía, mayor prevalencia de cronicidad, presentaciones sistémicas distintas y un manejo inmunosupresor diferente a los adultos.

Aun la rarez del caso, se reportan más casos aislados de VKH como causa de uveítis posterior infantil en originarios de países con bajos ingresos. Análisis retrospectivos también valoran como factores de mal pronóstico en VKH infantil: baja AV y dramática clínica de presentación, inicio tardío del tratamiento, e ineficiencia de los corticoides. Falta evidencia respecto las 2^a líneas inmunosupresoras.

CC-29

ENFERMEDAD DE GAUCHER TIPO 3, MANIFESTACIONES OFTALMOLÓGICAS Y SU CORRELACIÓN NEUROLÓGICA

Cristina Carmona Sánchez, Daniel de la Fuente Gómez, Jesús Conejero Arroyo

Introducción: La enfermedad de Gaucher es un trastorno metabólico hereditario raro que conduce a la acumulación de depósitos de glucosilceramida en los diferentes tejidos del organismo. La Enfermedad de Gaucher tipo 3, es la forma neurológica subaguda caracterizada por encefalopatía progresiva, asociada a diferentes manifestaciones sistémicas y oculares. Recientes publicaciones informan sobre una posible asociación entre hallazgos oftalmológicos y posterior afectación neurodegenerativa.

Caso clínico: Se presenta un paciente de 18 años diagnosticado de enfermedad de Gaucher tipo 3, en terapia de reemplazo enzimático. En la exploración ocular, se observó alteración en los movimientos sacádicos y de seguimiento. En el fondo de ojo se aprecian depósitos vítreos blanquecinos puntiformes, de bordes bien delimitados y a nivel intrarretiniano depósitos granulares, hiperrefringentes y confluentes distribuidos en las capas plexiformes y nucleares. A su vez, presentaba depósitos corneales en estroma anterior. En diferentes visitas, se observaron alteraciones exudativas a nivel macular y parapapilar, comprometiendo la visión.

Conclusiones: Los hallazgos oftalmológicos en el paciente y su comienzo neurodegenerativo concuerdan con estudios publicados sobre una posible asociación de los mismos. Por lo que se recalca la importancia de la correcta exploración de estos pacientes, permitiéndonos predecir una posible afectación del sistema nervioso central.

CC-30

QUISTE ESTROMAL DE IRIS SECUNDARIO CON CATARATA, MANEJO EN DOS TIEMPOS

Enrique España Vera, Javier Belmonte Martín, José Belda Márquez, Juan José Pérez Santonja

Los quistes de iris suponen un 21% de los tumores iridianos, de ellos el 11% son quistes estromales. Su clínica es muy variable, desde ser inocuos hasta llegar a provocar complicaciones secundarias siendo más frecuentes en los quistes estromales secundarios. Existen diversas opciones terapéuticas desde la simple observación hasta la resección iridiana en sector. Su existencia en la cirugía de facoemulsificación requiere un manejo determinado, teniendo en cuenta su complejidad

Mujer de 46 años que acudió a urgencias por disminución de visión y fotofobia en el ojo izquierdo (OI). Destaca un traumatismo penetrante en OI con un vidrio hace 26 años. La exploración mostró agudezas visuales de 1 en ojo derecho (OD) y 0,8 en OI. En la biomicroscopía se aprecia quiste estromal de iris superior con alteración del borde pupilar y un leucoma corneal superior. Se completa el diagnóstico con tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (OCT-SA) y biomicroscopía ultrasónica (BMU) observando signos característicos de estas lesiones: hipointensa e hipoecoica. Durante el seguimiento presentó un crecimiento progresivo con inflamaciones secundarias controladas de forma tópica. Ante la evolución del quiste se decide quistotomía mediante láser YAG consiguiendo una reducción del tamaño. La agudeza visual disminuyó progresivamente debido a la catarata en el OI, la cual se decide operar, haciendo hincapié en la presencia del quiste en el iris con la dificultad en su dilatación y en las maniobras quirúrgicas como realización de sinquiolisis, así como un recuento endotelial bajo en ese ojo, de 796 células.

Tras la cirugía, presentó mejoría de la agudeza visual, con leve incremento de la presión intraocular manejada con betabloqueantes tópicos. La BMU constituye el gold estándar en el diagnóstico de estos quistes. El crecimiento del quiste junto con la formación de la catarata nos llevó a tratar ambas patologías previa utilización del láser neodimio-YAG.

No conflictos de interés.

CC-31

ISQUEMIA MACULAR TRAS INYECCIÓN ACCIDENTAL INTRAOCULAR DE ANESTÉSICO PARA ADMINISTRACIÓN RETROBULBAR

Elena M.^a Gámez Jiménez, Fernando López Herrero, Celia Leal Camarena, Magdalena Sotomayor Toribio

Introducción: La perforación ocular inadvertida durante la infiltración anestésica retrobulbar en la cirugía de catarata constituye una complicación conocida pero poco frecuente (incidencia de 0.006% a 0.075%). Al efecto traumático de la aguja que puede asociar hemovítreo, desgarros retinianos o desprendimiento de retina, hay que añadir el daño producido por el uso de anestésicos con conservantes que pueden ocasionar toxicidad retiniana.

Caso clínico: Varón de 57 años, acude a revisión de cirugía de catarata de ojo derecho (OD) bajo anestesia retrobulbar. Destacaba hemovítreo que dificultaba la visualización de detalles retinianos, con presión intraocular tendente a la hipotensión. En la ecografía se observaron ecos móviles puntiformes con retina aplicada. Días más tarde, la agudeza visual (AV) de OD era 0.05, observándose en el fondo de ojo un edema retiniano blanquecino de aspecto isquémico entre mácula y disco óptico. Junto a la arcada temporal inferior existía una lesión redondeada y ligeramente pigmentada rodeada por una hemorragia subretiniana compatible con una perforación iatrogénica por aguja. La tomografía de coherencia óptica (OCT) y Angio-OCT, mostraron signos de isquemia en plexo superficial, profundo, retina externa y coriocapilar, en probable relación con inyección intraocular de anestésico durante el bloqueo loco regional. La angiografía fluoresceínica (AGF) mostró signos de isquemia en el área macular, especialmente en el área nasal. En sucesivas revisiones mediante OCT y OCTA, se ha observado una regeneración progresiva de las distintas capas con mejoría de la perfusión, y aumento de AV OD a 0.3.

Conclusión: En este trabajo se describen los cambios observados en la OCT y OCTA durante un seguimiento de 3 meses. La infiltración anestésica retrobulbar previa a la cirugía de catarata puede complicarse con la penetración inadvertida del globo ocular. La inyección intraocular de bupivacaína y lidocaína puede causar graves lesiones retinianas.

CC-32

PUPILOPLASTIA Y LENTE SUTURADA EN AFAQUIA

Carmen González Polo, Encarnación Asensio Pozo, Javier Celis Sánchez, José Manuel Zarco Tejada

Objetivos: Describir la técnica de sutura transescleral de lente intraocular asociada a diferentes posibilidades de sutura iridiana en pacientes afáquicos, sin soporte capsular y con alteraciones pupilares asociadas.

Método: Se emplean estas cirugías combinadas en dos pacientes varones de 84 años con afaquia y desinserción iridiana secundarias a facoemulsificación complicada y de 28 años con midriasis máxima paralítica y afaquia debidas a traumatismo contuso). En los dos se procede a la sutura de sendas lentes plegables, acrílicas, hidrofóbicas, de tres piezas, utilizando sutura de polipropileno de 10-0 que queda enterrada bajo tapetes esclerales tallados previamente en el eje horizontal del ojo. El procedimiento de sutura de la lente intraocular se asoció a vitrectomía pars plana microincisional. Además se procedió a la re inserción iridiana en el caso postquirúrgico y a la sutura de las roturas del esfínter iridiano en el postraumático utilizando el mismo tipo de sutura. El ajuste de los nudos se realizó en cámara anterior usando dos pinzas de cirugía vítreo-retiniana de 25G.

Conclusiones: Se han descrito muchas técnicas diferentes para resolver la afaquia. La técnica de lente suturada transescleralmente puede ser una buena opción en casos de ausencia completa de soporte capsular y en los que el iris esté lesionado. Esta cirugía facilita la pupiloplastia de forma consecutiva.

CC-33

RECONSTRUCCIÓN IRIDECTOMÍA TRAUMÁTICA CON PRÓTESIS ARTIFICIAL CUSTOMFLEX SIN FIBRA TRAS PERFORACIÓN OCULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Mireia Minguell Barbero, Miriam Barbany Rodríguez, Irene Sassot Cladera, M.^a Júlia Martínez Malizia

Introducción: Los implantes artificiales de iris son un método novedoso para tratar defectos iridianos, ya sean congénitos o adquiridos. Permiten disminuir los síntomas visuales relacionados con la luz, como la fotofobia, los halos o el deslumbramiento, entre otros. Conjuntamente, reparan la estética ocular, lo que incrementa la calidad de vida percibida y la satisfacción de los pacientes, con un índice bajo de efectos adversos.

Caso clínico: Mujer de 64 años que, secundario a un traumatismo perforante hace un año, tiene una iridectomía traumática de 7h a 11h en ojo izquierdo (OI). Como antecedentes oftalmológicos, presenta ambliopía del ojo derecho (OD), fue intervenida de cirugía de cataratas en ambos ojos mediante facoemulsificación e implante de lente intraocular monofocal hace 3 años y tiene hechas iridotomías en ambos ojos.

La agudeza visual lejana con corrección (AVcc) es de 0.7 en OD y de 0.7 en OI. Se realiza una ultrabiomicroscopia ultrasónica que muestra ausencia del iris nasal recortado, con presencia de remanente iridiano periférico. Se decide implantar un iris artificial CUSTOMFLEX sin fibra de Humanoptics en sulcus para mejorar la sensación de fotofobia y la estética ocular de la paciente. La agudeza visual y la presión intraocular postoperatorias se mantuvieron estables.

Conclusión: El implante intraocular de un iris artificial es un método efectivo para el tratamiento de los defectos iridianos. Se debe considerar su uso especialmente en aquellos casos con sintomatología visual relacionada con la luz.

CC-34

IMPLANTE DE IRIS ARTIFICIAL CON LIO TÓRICA EN PACIENTE POSTRAUMÁTICO CON POSTERIOR IMPLANTE DE VÁLVULA DE AHMED EN CAVIDAD VÍTREA

Eva Ramón Juan, Óscar Gris Castellón, Natalino Giuliano Salas, Maribel Acuña Salles

Introducción: Los pacientes postraumáticos con pérdida o alteración severa de tejidos oculares pueden requerir técnicas novedosas para la reestructuración de segmentos oculares y la mejora de su patología.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 30 años que acude a consulta un mes después de haber sufrido un traumatismo penetrante en su ojo derecho que fue suturado en su hospital de referencia. La agudeza visual es de movimiento de manos. Se objetiva una córnea irregular con múltiples heridas perforantes suturadas con edema estromal y epitelial difuso. Presenta un cuarto de iris remanente a nivel temporal y afaquia intracapsular postraumáticos. Presenta hemovítreo y en la ecografía B la retina se encuentra aplicada. Se realiza cerclaje escleral, vitrectomía vía pars plana a través de una queratoprótesis temporal de Eckardt y queratoplastia penetrante. La evolución postquirúrgica es buena, presentando agudeza visual potencial con lente de contacto rígida de 0,6.

Se adapta lente de contacto rígida para corrección de afaquia y astigmatismo elevado que debe interrumpirse por intolerancia. Con el objetivo de corregir la anisometropía y la fotofobia, se interviene al paciente implantando un iris artificial de silicona con una lente intraocular tórica. Ante el astigmatismo corneal elevado del paciente y ante la posibilidad de necesitar una nueva queratoplastia en el futuro, se fija la lente tórica a la superficie anterior del implante iridiano. Tras esta cirugía, mejora la agudeza visual pero sube la presión intraocular sin controlarse con medicación tópica y sistémica. Se deriva a valoración por retinólogo que confirma ausencia de vítreo en su base lo que permite implantar una válvula de Ahmed con el tubo en cavidad vítrea y así evitar una eventual descompensación corneal.

Conclusión: Se presenta esta técnica quirúrgica como una alternativa ante casos similares donde la anisometropía y la fotofobia impidan el bienestar del paciente.

CC-35

ACIDEMIA METIL-MALÓNICA

Sergio del Valle Buzón, Magdalena Sotomayor Toribio, Carla M.^a Rodríguez Fernández, Rocío Barrera Moyano

Introducción: La acidemia metilmalónica y homocistinuria (AMMH), tipo cb1C, constituye un error congénito del metabolismo intracelular de la cobalamina, provocado por una mutación en el gen MMACHC, localizado en el cromosoma 1p34.1, provocando en última instancia un aumento del ácido metilmalónico y de la homocisteína, y una disminución de la metionina.

Constituye una enfermedad multisistémica, severa y letal en ocasiones, presentando un amplio espectro clínico, desde una enfermedad neonatal fetal a una alteración benigna con comienzo en la edad adulta.

Caso clínico: El primer caso consiste en un varón de 3 años, diagnosticado de AMMH de comienzo precoz, que presenta en ambos ojos (AO) un área extensa de atrofia macular central (pseudocoloboma macular), junto con atrofia de disco óptico. La agudeza visual es de 0,05 en AO y presentaba nistagmo horizontal.

El segundo caso trata de una mujer de 25 años, diagnosticada de AMMH de comienzo tardío a los 19 años. En una exploración oftalmológica rutinaria presentó cambios pigmentarios, especialmente en la mácula de AO, y una ligera palidez de ambos discos ópticos. Estos cambios se reflejan en la autofluorescencia de fondo (FAF) como lesiones focales de hipoautofluorescencia peripapilares y alrededor de la mácula; y en la angiografía fluoresceínica (FA) como áreas focales hiperfluorescentes en la zona perimacular. La OCT mostró una atrofia de la capa de fibras nerviosas y de células ganglionares, y la imagen en face se pudieron apreciar lesiones focales en forma de hoyuelos en la mácula.

Conclusiones: Las manifestaciones oculares en la forma precoz de la enfermedad cb1C (maculopatía, retinopatía pigmentaria y atrofia óptica) son relativamente comunes y bien conocidos, pero los hallazgos oftalmológicos de la forma de aparición tardía son raros, habiéndose descrito atrofia óptica (13%) y cambios pigmentarios retinianos (4%), siendo las alteraciones maculares mucho más raras (2%).

CC-36

NUEVA MUTACIÓN EN EL GEN MITOCONDRIAL MT-ND1 ASOCIADA A LA NEUROPATÍA ÓPTICA HEREDITARIA DE LEBER (LHON)

Sol Benbunan-Ferreiro, María Calabuig Goena, Hortensia Sánchez Tocino

Introducción: La neuropatía óptica hereditaria de Leber (LHON) es una enfermedad transmitida por vía materna que causa una pérdida de la agudeza visual bilateral, indolora y subaguda en adultos jóvenes, típicamente antes de los 50 años. Debido a su transmisión por vía mitocondrial, esta enfermedad afecta predominantemente a los varones. Las mutaciones más prevalentes son la m.11778G>A en MT-ND4 y m.14484T>C en MT-ND6. Se conoce que diferentes factores ambientales como el tabaco, el alcohol y ciertos medicamentos pueden desencadenar la neuropatía. Estudios recientes sugieren que la infección por COVID-19 también podría ser un desencadenante de la neuropatía de Leber, como se reporta en este trabajo.

Caso clínico: Reportamos los casos de dos pacientes de la misma familia, una mujer de 48 y un hombre de 38 años de edad respectivamente, que acudieron a consulta por pérdida de la agudeza visual un mes tras haber sufrido una infección por COVID-19. El seguimiento de estos pacientes se realizó mediante campo visual, OCT y retinografía.

Ambos pacientes mostraron empeoramiento tanto de la agudeza visual como de las pruebas diagnósticas en los meses posteriores. Ante este cuadro clínico se solicitó un estudio genético que reveló una mutación en el ADN mitocondrial de ambos paciente no reportada previamente: la mutación m.3734A>G, ubicada en el gen MT-ND-1.

A la vista de estos resultados, se amplió el estudio genético a otros miembros de la misma familia, encontrando la mutación en 53 de ellos. Alguno de los pacientes asintomáticos presentan signos clínicos visibles de la enfermedad como las telangiectasias peripapilares en un niño de 11 años portador de la mutación.

Conclusión: En conclusión, podemos decir que a pesar de que la pandemia no haya impactado significativamente la epidemiología de la LHON, toxinas mitocondriales como el alcohol, el tabaco, o las infecciones virales incluyendo el COVID 19 podrían desencadenar la enfermedad en portadores. No obstante, se necesita.

CC-37

MACULOPATÍA EN LA ATAXIA ESPINOCEREBELOSA TIPO 1: REPORTE DE UN NUEVO CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA EN BUSCA DE AMPLIAR EL ESPECTRO CLÍNICO

Aina Mireia Burcet Santiago, Cristina Huguet Nono, M.^a del Rosario Carreras Díaz, Flor Escalada Gutiérrez

Introducción: La ataxia espinocerebelosa tipo 1 (SCA1) es un subtipo de ataxia cerebelosa autosómica dominante tipo 1 (ADCA tipo I). Está causada por la expansión de repeticiones del trinucleótido CAG en la región del gen ATXN1, en el cromosoma 6p23, de herencia autosómica dominante. Es una enfermedad neurodegenerativa que afecta a 1-5 de cada 100.000 personas. Se caracteriza por ataxia cerebelosa que progresa gradualmente, y puede asociarse a neuropatía periférica, signos piramidales y extrapiramidales.

Caso clínico: Paciente de 61 años de edad que consultó por pérdida de visión progresiva en ambos ojos (AO). Como antecedente, destacaba el diagnóstico de SCA1 con 45 repeticiones del trinucleótido CAG en el gen ATXN1. En tratamiento con ácido acetilsalicílico 100 mg al día por antecedente de accidente cerebrovascular. A la exploración, se objetivó una agudeza visual con la mejor corrección de 0,05 en la escala decimal de Snellen en AO. A la valoración con lámpara de hendidura y en la oftalmoscopia indirecta, no se evidenciaron alteraciones en AO. En la tomografía de coherencia óptica (OCT) de la mácula, se observó una disrupción de la capa de elipsoides en la zona foveal de AO. Se realizaron OCT de nervio óptico, angiografía fluoresceínica y retinografía con autofluorescencia, que no mostraron alteraciones significativas.

Conclusiones: La disrupción de la capa de elipsoides en la zona foveal es una inusual afección descrita sólo en pacientes afectados de otros subtipos de SCA, más frecuentemente en la SCA7. Hasta el momento, no estaba considerada dentro del abanico clínico de la SCA1. Trece casos de maculopatía en la SCA1 han sido reportados, afianzando la ampliación del espectro clínico de la enfermedad.

CC-38

ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE Y NEUROPATÍA ÓPTICA POR DÉFICIT DE TIAMINA TRAS GASTRECTOMÍA EN MANGA

Carmen Burgueño Montañés, Ekaterina Teslenko Vylegzhanin, José Kelvin Gálvez-Olortegui, Sara Valdés Álvarez

Introducción: La cirugía bariátrica es un tratamiento eficaz para la pérdida de peso en personas con obesidad mórbida. Son escasos los casos publicados de cuadros neurooftalmológicos derivados de deficiencias nutricionales en pacientes que se han sometido a cirugía bariátrica. El propósito de este caso clínico es presentar las graves consecuencias del déficit de tiamina tras una gastrectomía en manga.

Caso clínico: Mujer de 28 años, remitida por palidez papilar bilateral. Sometida a gastrectomía en manga 9 meses antes, no recibió suplementos vitamínicos. A los 2 meses de cirugía empezó con vómitos frecuentes, presentando ataxia, nistagmus y pérdida de visión. Ingresó en neurología diagnosticándose encefalopatía de Wernicke.

En la exploración oftalmológica presenta nistagmus vertical, mejor agudeza visual corregida (MAVC) de 0,8. En el fondo de ojo (FO) se observan papilas pálidas, de predominio temporal. Resto de la exploración dentro de la normalidad. La tomografía de coherencia óptica (OCT) macular y de células ganglionares muestra adelgazamiento en AO y en la OCT de capa de fibras nerviosas (CFN) adelgazamiento significativo promedio y de 3 cuadrantes con preservación de las fibras nasales. En el campo visual (CV) escotoma central bilateral.

Se diagnostica de neuropatía óptica nutricional bilateral en fase secuelar, asociada a secuelas oculomotoras de su Wernicke y se remite a endocrinología para seguimiento nutricional.

Conclusiones: La neuropatía óptica (NO) es una manifestación poco frecuente de la deficiencia de tiamina. Los déficits nutricionales más frecuentes causantes de NO carencial son el de ácido fólico, vitamina B12 y cobre. Es debida a una disfunción mitocondrial que provoca un daño axonal y de las células ganglionares a nivel del haz papilomacular.

Es preciso un rápido abordaje de los trastornos neurológicos secundarios a deficiencias nutricionales porque la aparición de secuelas graves, incluso la muerte, son posibles.

CC-39

NEURITIS ÓPTICA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA: TRASTORNO DEL ESPECTRO DE LA NEUROMIELITIS ÓPTICA

Laura Prieto Domínguez, Marta Para Prieto, Sara Crespo Millas, M.^a Gloria González Fernández

Introducción: El Trastorno del Espectro de la Neuromielitis Óptica (TENMO) es una enfermedad inflamatoria inmune, mediada por anticuerpos (AC) poco frecuente que afecta al sistema nervioso central y que provoca la desmielinización del nervio óptico y la médula espinal.

Caso clínico: Presentamos dos casos, un varón de 56 años, sin factores de riesgo cardiovascular, con pérdida de agudeza visual (AV) en el ojo izquierdo (OI) asociado a dolor. Presenta una AV de 0,6, defecto pupilar aferente relativo y edema de papila, con alteración de sensibilidad al contraste (SC) por lo que se diagnostica de neuropatía óptica isquémica anterior. Dos días después presenta disminución de AV en el ojo derecho (0,4) con edema de papila bilateral. Tras un estudio exhaustivo se determinan AC AQ4-IgG+.

Otro varón de 58 años acude por pérdida de AV bilateral (0,4 en OD y 0,2 en OI). También presenta alteración de la SC y un edema de papila bilateral. Se diagnostica de neuritis óptica bilateral. Tras realizar pruebas complementarias se determinan AC antiMOG+.

En ambos casos se estableció el diagnóstico final de TENMO y se pautó tratamiento corticoideo, mejorando ligeramente la AV. En el primer caso se mantuvo Rituximab de mantenimiento y en el otro caso Azatioprina. Ninguno de los pacientes ha presentado nuevos brotes.

Conclusión: La baja incidencia de esta enfermedad dificulta su diagnóstico precoz. Es crucial realizar una exploración minuciosa y sospechar etiología inflamatoria en neuropatías bilaterales o atípicas. Además de sintomatología oftalmológica, como la de estos casos, pueden aparecer síntomas de mielitis transversa (paresia, pérdida sensorial o insuficiencia autonómica) o afectación trococefálica, con hipo incoercible, náuseas y vómitos (síndrome del área postrema), aunque estos no se observaron en los casos mencionados. La importancia del diagnóstico radica en que la inmunomodulación inicial determina el pronóstico y el número de recaídas que pueden sufrir estos pacientes.

CC-40

NEUROPATÍA ÓPTICA HEREDITARIA DE LEBER PLUS POR MUTACIÓN INUSUAL EN GEN MT-ND5

Elena Casas Marotolas, Jaime Losada Huelmos, Ana González Durán, Ana Guadilla

Introducción: Presentamos el caso de un paciente de neuropatía óptica hereditaria de Leber (LOHN) causada por una mutación inusual en gen MT-ND5 y analizamos posibles desencadenantes toxico-nutricionales así como posible asociación con clínica neurológica.

Caso clínico: Acude a consulta un varón de 62 años con pérdida visual bilateral y discromatopsia de 2 meses de evolución. Como antecedentes personales se destaca hipertensión arterial, hipotiroidismo diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, síndrome mieloproliferativo crónico, miopatía con parkinsonismo en estudio y hábito tabáquico. La agudeza visual con corrección era de 0,03 en ojo derecho y 0,1 en ojo izquierdo. En la funduscopia mostraba una papila con palidez en sector temporal en ojo derecho, y papila hiperémica excepto en temporal, con sutil borramiento de bordes y algunas telangiectasias peripapilares en el izquierdo. La tomografía óptica de coherencia de capa de fibras nerviosas estaba en límites normales pero el grosor de células ganglionares macular en ambos ojos infranormal en todos los sectores. La campimetría ponía de manifiesto un escotoma central bilateral más extenso en ojo derecho. Se solicita analítica con hemograma, bioquímica general y niveles de ácido fólico, B12, estudio genético. Se detectó en heteroplasmia la variante patogénica m.13042G>A en el gen MT-ND5, no siendo susceptible de tratamiento con idebenona. La evolución fue de progresión del escotoma y de la atrofia óptica.

Conclusión: La LOHN es una enfermedad mitocondrial debida a mutaciones patológicas en genes mitocondriales. Idénticos tóxicos y déficits nutricionales implicados en las neuropatías tóxico-metabólica pueden desencadenar una LOHN o cursar con características clínicas similares, siendo obligado el diagnóstico diferencial entre ambas. El estudio genético es fundamental para el pronóstico y las posibilidades terapéuticas. La LOHN puede asociar patología neurológica como parkinsonismo y miopatía.

CC-41

SÍNDROME WOLFRAM-LIKE: PRESENTACIÓN DE FENOTIPO ATÍPICO EN FAMILIA AFECTA

Naroa Fernández Vázquez, Inmaculada López Sánchez, Elisabeth Martín García, Raquel Cebrián Sanz

Introducción: El Síndrome Wolfram-Like (SWL) es una enfermedad neurodegenerativa autosómica dominante presentada típicamente en la primera década de la vida, y caracterizada por la triada clínica atrofia óptica, hipoacusia neurosensorial y diabetes mellitus. La mutación se encuentra en el gen WFS1 y tiene una expresividad y penetrancia variable. A pesar de que presente un fenotipo similar al Síndrome Wolfram, autosómico recesivo, existen diferencias importantes entre ambas.

Caso clínico: Mujer de 57 años que acude a servicio de Oftalmología por disminución de agudeza visual por ambos ojos de forma progresiva. Sin antecedentes personales de interés y con antecedentes familiares conocidos de atrofia óptica en madre, hermano y 3 sobrinos. A exploración, la máxima agudeza visual corregida fue de 0,4 en ambos ojos (AO). La presión intraocular y el examen del segmento anterior no presentaron hallazgos relevantes. La funduscopia de ambos ojos mostró papilas pálidas, con excavación papilar de 0,7, verticalizadas, y sin alteración a nivel macular. La Tomografía de Coherencia Óptica presentaba alteración en la capa de fibras nerviosas y de células ganglionares superiores, temporales e inferiores de forma moderada-severa en AO. La campimetría mostró un aumento de mancha ciega en OD, sin alteraciones en OI. Los potenciales visuales evocados, la electroretinografía, la resonancia magnética cerebral y los estudios genéticos resultaron ser normales. Tras 9 años de seguimiento, a raíz del hallazgo de la mutación heterocigota en el gen WFS1 en sobrino, fue diagnosticada de SWL por test genético. Durante este tiempo de evolución, no presentó progresión a nivel clínico, ni estructural ni funcional.

Conclusiones: El caso describe una presentación atípica del SWL en una mujer de mediana edad con atrofia óptica, sin hipoacusia ni DM conocidas. Se trata de una enfermedad rara cuyo diagnóstico precoz resulta imprescindible para realizar un buen seguimiento y cribado familiar.

CC-42

PARESIA DE IV NERVIO CRANEAL TRAS TRASPLANTE CAPILAR EN UN PACIENTE CON MEGACISTERNA MAGNA

Julio González Martín-Moro, Vicente Miralles Pechuán, Rosario Gómez de Liaño Sánchez

Introducción: El trasplante capilar es uno de los procedimientos estéticos más seguros y más frecuentemente realizados, y rara vez se han comunicado complicaciones de naturaleza oftalmológica.

Caso clínico: Comunicamos el caso de un varón de 47 años de edad, sin antecedentes de interés que sufrió un episodio de diplopía vertical cuatro días después de someterse a un trasplante capilar. Fue diagnosticado de paresia de cuarto nervio craneal derecho. Tres meses después del procedimiento persistía la diplopía, más marcada en la mirada inferior izquierda. La resonancia magnética cerebral demostró la presencia de una megacisterna magna. Hipotetizamos que la posición vertical que estos pacientes mantienen durante unos días tras el procedimiento pudo inducir una bajada de presión en este compartimento, y que la presencia de una cisterna magna de gran volumen hizo posible un desplazamiento del tronco del encéfalo en sentido posterior. Debido a la peculiar anatomía del cuarto nervio craneal pequeños desplazamientos en este plano, pueden inducir un estiramiento del nervio. Asimismo, hacemos un repaso de otras situaciones como el síndrome neuro ocular asociado al viaje espacial, la neuropatía óptica isquémica tras cirugía espinal y la paresia del sexto nervio craneal secundaria a la punción lumbar en las que está demostrado que el cambio de la dirección o de la magnitud del vector gravitatorio encefálico puede inducir patología neurooftalmológica.

Conclusión: En pacientes con megacisterna magna la posición vertical mantenida podría modificar el vector gravitacional induciendo una paresia de IV nervio craneal.

CC-43

ATROFIA ÓPTICA DE BOSCH-BOONSTRA-SCHAAF: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Consuelo Mata Beltrán, Alicia Muñoz Gallego, Ana M.^a Dorado López-Rosado, Patricia García Carrero

Introducción: El síndrome de atrofia óptica de Bosch-Boonstra-Schaaf (BBSOAS) es un trastorno autosómico dominante extremadamente raro caracterizado por atrofia del nervio óptico asociada a discapacidad intelectual, retraso en el desarrollo, hipoplasia del cuerpo calloso, autismo, rasgos dismórficos, nistagmos y convulsiones. En este trabajo describimos 2 casos de BBSOAS con mutaciones no publicadas en la literatura actual y un seguimiento de 10 años.

Casos clínicos: El paciente 1 es un varón de 15 años con agudeza visual (AV) de 0,15 en ambos ojos (AO), estrabismo divergente, palidez papilar, esteroagnosia y reducción de capa de fibras nerviosas peripapilares (CFNRp) y ganglionares (CCG) en los análisis de tomografía de coherencia óptica (OCT). A nivel sistémico fue diagnosticado de autismo, retraso de crecimiento y disgenesia del cuerpo calloso en resonancia magnética (RM) cerebral. El estudio genético mostró heterogeneidad para la variante probablemente patogénica c.378del, p.(Asn127ThrfsTer25), en el gen NR2F1 compatible con la BBSOAS.

El paciente 2 es un varón de 12 años con AV 0.3 en AO. Fue diagnosticado de coloboma iridiano inferior bilateral, endotropía parcialmente acomodativa, hipermetropía mayor de 6 dioptrías AO y esteroagnosia. Las OCTs mostraron adelgazamiento difuso de la CFNRp y de la CCG en AO. A nivel sistémico presenta déficit intelectual leve, macrocefalia, orejas de implantación baja, retraso en el crecimiento y displasia ungueal. La RM cerebral fue normal. El estudio genético objetivó que paciente es heterocigoto para la variante patogénica de novo c.447delG (p.G150Afs*1) en el gen NR2F1, compatible con el diagnóstico de BBSOAS.

Conclusiones: La BBSOAS es un síndrome extremadamente infrecuente de origen genético, causado por variantes patogénicas en el gen NR2F1. Los pacientes que presentamos estaban en estudio por baja visión asociado a déficit intelectual y presentaron unas mutaciones no descritas hasta el momento en la literatura.

CC-44

NEUROPATÍA ÓPTICA HEREDITARIA DE LEBER EN UNA FAMILIA CON DOS MUTACIONES PRIMARIAS: INFORME DE UN ÁRBOL GENEALÓGICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Vicente Miralles Pechuán, Julio González Martín-Moro, Blanca Domingo Gordo, Irene Fuentes Vega

Introducción: La presencia de dos mutaciones primarias en el mismo paciente es una característica muy poco común en pacientes con neuropatía óptica hereditaria de Leber (NOHL). El objetivo de este artículo es reportar dos casos de NOHL con dos mutaciones primarias.

Caso clínico: Una mujer que sufría de ambliopía bilateral inexplicada y tenía discos ópticos pálidos desde la infancia se sometió a pruebas genéticas a los 21 años, revelando la presencia de las mutaciones homoplásmicas G11778A y T14484C. Cuatro años después, su único hermano, un hombre de 26 años, sufrió una pérdida visual bilateral severa (no secuencial). Las pruebas genéticas demostraron que él también tenía ambas mutaciones homoplásmicas. La madre de ambos hermanos, que tenía 64 años en el momento de la última visita, permanecía asintomática a pesar de portar ambas mutaciones. A diferencia de sus hijos, las mutaciones están presentes en un estado heteroplásmico. Ninguno de los pacientes desarrolló manifestaciones extraoculares.

Conclusiones: En esta familia, la presencia de ambas mutaciones se asoció con la conversión a NOHL en homoplasmia, pero no en heteroplasmia. Había una alta proporción de mujeres/hombres en esta familia. La gravedad no fue mayor de lo habitual para la mutación 11778. La presencia de dos mutaciones no se asoció con manifestaciones extraoculares.

CC-45

ENFERMEDAD DE HARDING. MÁS ALLÁ DE LAS NEURITIS EN PACIENTES CON LESIONES DESMIELIZANTES

Laura Cabrejas Martínez, Pilar Rodríguez Merchante, Isabel Iglesias Lodaes, Miguel Ángel Alonso Peralta

Introducción: La asociación de Neuropatía óptica Hereditaria de Leber (LHON) con esclerosis múltiple (EM) es conocida como enfermedad de Harding y presenta características fenotípicas típicas.

Caso clínico: Mujer de 28 años con pérdida de visión reciente tras vacuna por COVID. Agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD) de 0.4 con defecto pupilar aferente relativo (DPAR), dolor con los movimientos oculares y fondo de ojo (FO) normal. Tomografía de coherencia óptica (OCT) de capa de fibras (RNLF) y células ganglionares (CG) sin hallazgos. Resonancia Magnética (RMN): múltiples lesiones desmielinizantes, punción lumbar (PL) con 3 bandas oligoclonales y analítica de sangre normal. Mejora con bolos de corticoides y neurología inicia tratamiento con Cladribina. En los meses posteriores, 2 nuevos brotes en OD que mejoran con corticoides pero ausencia de mejoría en el 4º brote.

Dos meses después, pérdida de visión en ojo izquierdo (OI) tras cuadro gripal los días previos. AV OD:0,05, OI:0,7. FO OD: papila pálida, OI: bordes ligeramente sobreelevados. Ligeramente aumento RNLF OI con reducción de CG en ambos ojos (AO). La nueva RMN muestra cambios seculares en nervio derecho y ausencia de cambios de señal y captaciones en el OI. Desde neurología cambian tratamiento con anti-C20 (Rituximab). La paciente acude a los pocos días con AV de 0,05 en AO sin mejoría tras bolos y plasmaféresis. Estudio genético positivo para la mutación 11.778 del DNA mitocondrial e inicio de tratamiento adicional con Idebenona 900mg/día.

Conclusión: Existen formas de LHON plus, asociadas a patología neurológica, entre ellas enfermedades desmielinizantes (LHON-EM) conocida como Enfermedad de Harding que a diferencia del LHON clásico, es más frecuente en mujeres, puede presentar dolor con los movimientos oculares y lesiones desmielinizantes en RMN. Debemos tener en cuenta esta posibilidad en pacientes con neuritis de repetición a pesar de bolos de corticoides y tratamiento inmunomodulador.

CC-46

NEURITIS ÓPTICA ATÍPICA SECUENCIAL POR PEMBROLIZUMAB

Raquel Salazar Méndez, Tamara Dorado Fernández, Marta Álvarez Sánchez, Alba Feal Rodríguez

Introducción: El pembrolizumab es un anticuerpo humanizado dirigido contra la proteína de superficie PD-1, perteneciente al grupo de inhibidores del checkpoint, en los que se han descrito efectos adversos de naturaleza inmune en distintos órganos.

Caso clínico: Varón de 70 años con buen estado general diagnosticado de adenocarcinoma de pulmón estadio IV tratado con carboplatino, pemetrexed y pembrolizumab con respuesta parcial y actualmente en mantenimiento con los dos últimos. Acude a consulta de oftalmología para revisión programada por nevus coroideo, apreciándose edema sectorial de papila con hemorragia en llama en ojo izquierdo sin pérdida visual asociada, pero con defecto altitudinal inferior en campimetría. La resonancia magnética confirma un aumento de señal en la porción orbitaria del nervio óptico izquierdo siendo la analítica anodina y sin datos de autoinmunidad. Se prescribe tratamiento con prednisona oral observándose progresiva resolución del edema en capa de fibras nerviosas con posterior defecto sectorial a este nivel, así como en células ganglionares (CG). En revisión programada a los seis meses refiere visión de mancha móvil en ojo derecho apreciándose desprendimiento vítreo posterior en este ojo, pero también papilitis con microhemorragia y defecto nasal inferior en el campo. Como en ojo adelfo se prescribe prednisona en pauta descendente y se acuerda en este caso suspender temporalmente siguiente ciclo de pembrolizumab. Actualmente el defecto campimétrico se mantiene estable con leve mejoría de los índices, pero con progresión del defecto temporal en CG.

Conclusiones: Los efectos adversos oculares por pembrolizumab son infrecuentes e incluyen uveítis y ojo seco. Presentamos un caso de neuritis óptica secuencial atípica (sin alteración visual, discromatopsia ni dolor) en el que los esteroides lograron una discreta mejoría del defecto campimétrico si bien la afectación del segundo ojo fue motivo de suspensión temporal del tratamiento.

CC-47

NEUROPATÍA ÓPTICA TÓXICA POR ANTABUS

Marta Villanueva Ruiz, Elsa Font Juliá, Ewelina Niedzwiecka, Inés Sánchez Rodríguez Acosta

Introducción: El disulfiram es un agente disuasorio del alcohol empleado para la deshabitua-ción del alcoholismo. Actúa inhibiendo la aldehído deshidrogenasa, la alcohol deshidrogenasa y la dopamina beta-hidroxilasa junto con ciertas isoenzimas del citocromo P450 (2E1, 2C9, 3A4, 3A5) encargadas de la oxidación del acetaldehído a ácido acético en la ruta metabólica del alcohol, pa-ralizando su ruta metabólica e incrementando los niveles de acetaldehído en sangre en 5-10 veces.

Se han descrito múltiples efectos secundarios relacionados con el consumo de esta sustancia pero son pocos los casos oftalmológicos reportados. Entre los RAMS descritos en la literatura se encuentra la neuritis óptica.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 55 años; de origen caucásico con antecedentes de consumo de alcohol (vol 200-300 ml/día) de más de 10 años de evolución; en tratamiento con disulfiram desde hace 2 años, que presenta pérdida de AV progresiva en el contexto de 2 años de absoluta abstinencia alcohólica.

Conclusión: Entre las posibles causas de pérdida de AV en un paciente con historia de alcoh-olismo de larga evolución, no se nos puede olvidar investigar la toma de algún antabús, ya que su sospecha y retirada a tiempo, puede suponer una mejoría clínica en el paciente.

CC-48

HEMIANOPSIA HOMÓNIMA Y CUADRO CONFUSIONAL COMO PRESENTACIÓN DE ANGIOPATÍA AMILOIDE CEREBRAL INFLAMATORIA

Fernando de Aragón Gómez, Asier Gómez Ibáñez, Sara Llorente González, Gloria Liaño Estesó

Mujer de 72 años con diabetes, hipertensión arterial y dislipidemia, acude a urgencias por cefalea, astenia, malestar general, somnolencia y tropiezos con los objetos su paso.

Se muestra inatenta, pero consciente y colaboradora con Glasgow 15/15. La exploración oftalmológica objetiva segmentos anterior y posterior normales, agudeza visual de 1.0/0.8, motilidad extraocular e intrínseca conservadas y hemianopsia homónima derecha en la perimetría. Se realiza TAC craneal urgente que resulta en hallazgos de patología crónica de pequeño vaso.

Ante el cuadro de cefalea, cuadro confusional y hemianopsia homónima se realiza resonancia magnética (RM) cerebral con contraste donde se encuentran signos de vasoconstricción cerebral parietooccipital izquierda y estigmas de angiopatía amiloide con siderosis superficial. La paciente es tratada con metilprednisolona intravenosa y levetiracetam ante el desarrollo de crisis generalizadas tónico-clónicas.

La angiopatía amiloide cerebral es una patología infrecuente, de pequeño vaso por depósito de beta-amiloide en la pared de vasos leptomeníngeos y corticales, ocurre predominantemente en ancianos y tiene cierta superposición con la enfermedad de Alzheimer. Cursa con deterioro cognitivo e inestabilidad de la marcha, que se puede superponer a hemorragias lobares agudas sintomáticas, con clínica sensitiva, motora, del lenguaje y, como en el caso, visual. La sospecha clínica y la interpretación de una serie de criterios y radiológicos (RM cerebral) son fundamentales de cara al diagnóstico. Dada la ausencia de tratamiento específico y etiológico, el manejo se centra en el riesgo cardiovascular y la prevención de futuros episodios.

CC-49

TRASPLANTE DE ÓPTICA

José Manuel Calzas Durán, Valentina Hadad, M.^a José Domínguez Fernández, Fernando González del Valle

Introducción: El propósito es describir una nueva técnica quirúrgica para tratar el error refractivo y la opacificación de la lente intraocular, en una sola cirugía. Se realizó en una mujer de 63 años que había sido intervenida de cataratas e hipermetropía hacía veinte años mediante la técnica de Piggy-Back, debido a un error refractivo postoperatorio. Además, había sido diagnosticada de opacificación capsular posterior, por lo que recibió múltiples sesiones de láser YAG, ocasionando un severo daño en las ópticas de las lentes previamente implantadas.

Técnica quirúrgica: Esta nueva cirugía consistió primero en una vitrectomía anterior (con la eliminación de los restos fibróticos situados entre las lentes). A continuación, se retiraron las ópticas de las lentes de tres piezas, dejando sus respectivos hápticos en el saco. Posteriormente, se implantó una nueva óptica multifocal sin hápticos, acoplando la nueva óptica a los hápticos situados en los restos capsulares con la ayuda de láser argón. Tras la cirugía se produjo una completa estabilización y centrado de la óptica, resolviéndose el error refractivo previo.

Conclusión: El error refractivo y la opacificación secundaria de la lente intraocular (LIO) son una causa frecuente de retirada de las mismas. Pero en casos específicos es posible cambiar sólo la óptica de la lente intraocular, manteniendo los hápticos originales en el saco. Esta técnica quirúrgica nos permite conseguir el correcto posicionamiento de la LIO en el saco, incluso en casos de capsulotomía posterior.

CC-50

IMPLANTE SECUNDARIO MEDIANTE TÉCNICA YAMANE EN PACIENTES CON MICROESFEROFAQUIA

Marta Caminal Caramés, Jaume Crespí Vilimelis, Albert Saladrigas Pernias, Andrea Montero García

Introducción: La microesferofoquia es una condición infrecuente caracterizada por un cristalino pequeño esférico, con un aumento del espesor y una reducción del diámetro ecuatorial. Suele asociarse a miopía lenticular, debilidad zonular y subluxación del cristalino. La aparición de catarata en estos pacientes requiere un manejo quirúrgico complejo. La técnica de implante secundario de lente intraocular (LIO) mediante técnica de Yamane es una buena opción quirúrgica en estos casos.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 39 años que acude a la consulta por pérdida de visión progresiva. Como antecedentes familiares, su hermano presenta microesferofoquia en ambos ojos (AO). Presenta una agudeza visual (AV) de 0,4 en ojo derecho y 0,1 en ojo izquierdo, junto con una alta miopía en AO. En la exploración se detecta una microesferofoquia, subluxación leve del cristalino, catarata corticonuclear y facodonesis en AO. El diagnóstico se confirma mediante biometría y biomicroscopia ultrasónica. Ante este hallazgo, se realiza estudio genético con secuenciación de nueva generación usando TruSight One® Sequencing Panel. Se detecta una nueva mutación homocigota en el gen LTBP2, que codifica una proteína responsable de la elasticidad zonular, presente en la paciente y su hermano. Sus padres presentan esta mutación en estado heterocigoto. Se decide realizar facoemulsificación, vitrectomía vía pars plana con calibre 27G e implante secundario de LIO mediante técnica de Yamane en AO. En el postoperatorio presenta una gran mejoría con una AV de 0,6 en AO.

Conclusión: La microesferofoquia es una afección rara que se relaciona con errores refractivos, inestabilidad zonular y facodonesis. El manejo quirúrgico en la catarata de estos pacientes es complejo y la implantación de LIO en saco capsular suele ser imposible. El implante secundario de LIO mediante técnica de Yamane es una técnica de fijación intraescleral transconjuntival mínimamente invasiva útil en estos pacientes.

CC-51

MEMBRANA ANTERIOR ÓPTICA TARDÍA TRAS FACOEMULSIFICACIÓN CON IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR ACRÍLICA HIDROFÓBICA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Diego Ramón de Dios de Santiago, Rosario Touriño Peralba, Andrés Suárez Campo, M.^a Santiago Varela

Introducción: La cirugía de cataratas con implante de lente intraocular (LIO) genera una reacción de cuerpo extraño con la consiguiente proliferación de células epiteliales del cristalino (CEC) sobre la superficie anterior de la LIO. Este proceso puede simular la opacificación de la cápsula posterior (OCP) y formar una membrana densa y gruesa, dificultando de esta manera el diagnóstico.

Hoy en día, la formación tardía de membranas anteriores ópticas (MAO) proliferativas en la superficie anterior de la LIO es rara. Existe evidencia en la literatura de una menor fibrosis capsular anterior y formación de membranas en lentes hidrofóbicas acrílicas. No obstante, puede ocurrir también en este tipo de LIO y se conocen otros factores de riesgo como el material de la LIO, pseudoexfoliación, edad avanzada, tamaño de la capsulorrexia, entre otros.

Casos clínicos: Se presentan los casos de dos pacientes con formación de membrana óptica anterior tras facoemulsificación con implante de LIO hidrofóbica acrílica, al mes y a los dos meses respectivamente. En el primer caso, se trató de un varón de 76 años al que se le implantó una LIO LUCIA 611P recubierta de heparina en ojo izquierdo. En el segundo caso, se trató de una mujer de 83 años con glaucoma y pseudoexfoliación con implante de LIO LUCIA 621P también recubierta de heparina en ojo único funcional izquierdo. Ambos casos mejoraron notablemente su agudeza visual de manera progresiva tras recibir terapia con láser nd-YAG.

Conclusión: La formación tardía de membranas en la superficie anterior de la LIO es infrecuente, pero sigue aconteciendo hoy en día a pesar de los avances en el diseño de las LIOs. La literatura al respecto es muy limitada y ambos casos reflejan la influencia del material de la LIO y de otros factores, en la formación de membranas anteriores ópticas tras la cirugía. El manejo habitual suele ser con láser nd-YAG, aunque la cirugía es una alternativa en casos más avanzados.

CC-52

ESTABILIZACIÓN DE LENTE INTRAOCULAR SOBRE COMPLEJO SACO-ANILLO REFIJADO

Valentina Hadad, José Manuel Calzas Durán, Elsa Gándara Rodríguez de Campoamor, Fernando González del Valle

Introducción: La recuperación del complejo saco-lente intraocular (LIO) luxado puede presentar desafíos intraquirúrgicos significativos, lo que a menudo requiere la implementación de maniobras adicionales no planificadas previamente. Examinamos un caso específico para ilustrar estos desafíos y las técnicas quirúrgicas empleadas para abordarlos.

Técnica quirúrgica: Recibimos en consulta un paciente varón de 61 años, derivado de otro centro, con una dislocación del complejo saco-LIO en su ojo derecho. La técnica de nudo vaca, en combinación con una vitrectomía pars plana y capsulotomía posterior, se utilizó para refijar el complejo saco-anillo intracapsular. La dilatación pupilar se logró mediante el uso de ganchos de iris. Posteriormente, la lente intraocular se recolocó en un nuevo sulcus creado tras la sutura del complejo saco-anillo capsular. El paciente fue seguido durante un período de 18 meses para evaluar la estabilidad y la eficacia del procedimiento.

Conclusión: La refijación del complejo saco-anillo capsular, seguida de la implantación de la lente intraocular, mantuvo la estabilidad de la pseudofaquia a largo plazo. La fricción de los hápticos, junto con el anillo intracapsular, proporcionaron suficiente estabilidad sin la necesidad de recambio o sutura de la lente intraocular subluxada.

CC-53

CATARATA INTUMESCENTE EN MUJER EMBARAZADA CON FIBROSIS QUÍSTICA

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

Introducción: La catarata no es considerada como patología de tratamiento urgente, y menos durante el embarazo, salvo que se trate de una catarata intumesciente que produzca ceguera y pueda llevar a otras complicaciones secundarias, como puede ser un glaucoma facolítico o facomórfico.

Claso clínico: Paciente de 37 años embarazada de 24 semanas, con fibrosis quística. Acude a consulta por pérdida de visión de un ojo, ya diagnosticada de catarata desde hace 2 años, ha notado que en el último mes ha ido perdiendo agudeza visual.

Exploración: agudeza visual por ojo derecho: cuenta dedos, en lámpara de hendidura: catarata blanca intumesciente. Poner diferencia entre ambos ojos.

Se plantea cirugía, tras consultar con su ginecólogo.

Bajo anestesia peribulbar se realiza facoemulsificación. Se emplea azul tripán para tinción de la cápsula anterior. Se realiza facoemulsificación sin complicaciones, al final de la cirugía se inyecta cefuroxima intracamerular. En el postoperatorio se emplea Vigamox (durante 1 semana) y tobradex durante 4 semanas en pauta descendente.

Se implanta una lente Vivity®. A 1 mes de la cirugía la av es 10/10 sin corrección y 0.8 en cerca sin corrección.

Conclusiones: La cirugía de catarata se puede realizar, si es necesario, durante el embarazo según la técnica habitual y sin complicaciones añadidas.

CC-54

DMEK TRAS TASS POR AZUL DE METILENO

Beatriz Trincado García, Ana Flores Cano, Roberto López Mancilla, María Gessa Sorroche

Introducción: El TASS (síndrome tóxico del segmento anterior) es una rara y potencialmente previsible complicación en cirugías de segmento anterior.

Caso clínico: Mujer de 67 años sin antecedentes médicos de interés a la que se le realiza cirugía de cataratas en ojo derecho. Durante la intervención, al no visualizarse correctamente la cápsula para realizar la capsulorrexis, se solicita tinción azul tripán aportándose por error jeringa cargada con azul de metileno 1%. Tras dicha instilación se procede a lavado intenso de la cámara anterior y se completa la cirugía. Se intensifica tratamiento corticoideo ambulatorio.

Durante las sucesivas revisiones en la BMA de ojo derecho destaca: edema estromal difuso con pliegues en descemet 3+ y queratopatía bullosa fluoresceína negativa, sin hipopión, hiperemia ni Tyndall. Lente intraocular en saco. Se administra triamcinolona subtenon y se amplía el tratamiento con colirio antiedema.

Tras tres meses de revisiones y tratamiento continuo la agudeza visual no mejora. En la OCT SA ojo derecho: edema estromal sin fibrosis con paquimetría 944-994 micras.

Se decide realización de queratoplastia endotelial de membrana de Descemet (DMEK).

Se realiza DMEK con gran dificultad técnica debido a la falta de visibilidad, pero con un gran resultado final. Tras cinco meses después del procedimiento aún se objetiva córnea transparente con DMEK adherida y lográndose una agudeza visual de 0.7.

Conclusión: El caso clínico refleja la toxicidad endotelial producida por la cirugía de cataratas. El TASS es una forma de inflamación no infecciosa que puede relacionarse con los agentes o instrumentos que pueden tener acceso a cámara anterior. Normalmente responde a terapia intensiva con corticoides tópicos pero en otras circunstancias, como nuestro caso, necesita de técnicas más específicas para su recuperación.

CC-55

MIGRACIÓN POSTERIOR TARDÍA DE UN ANILLO CORNEAL INTRAESTROMAL

Álvaro Escobar Rivas, Pablo de Arriba Palomero

Introducción: Describimos a través de este caso la migración posterior tardía de anillos corneales intraestromales, una complicación importante en cirugía refractiva, pero muy infrecuente: se conocen solamente cuatro casos publicados en la literatura científica.

El nuestro es el primero descrito hasta la fecha probablemente secundario al frotado de ojos en el contexto de una conjuntivitis vernal. Analizar sus causas, manifestaciones y estrategias de manejo para mejorar la comprensión y el abordaje clínico.

Caso clínico: El paciente, que tenía 50 años en el momento del diagnóstico, había sido sometido a la cirugía de implante de ICRS 12 años antes. Llevaba 5 meses con clínica de empeoramiento de su AV y SCE. Había acudido a varios centros privados previamente con diagnósticos diferentes. El paciente tenía una conjuntivitis vernal previamente conocida mal controlada.

El paciente fue sometido a una exploración clínica completa, topografía (Pentacam) y OCT-SA (Casia), con lo que se confirmó el diagnóstico de migración posterior. Se decidió el explante del anillo y sutura corneal posterior.

Tras dicha intervención, el paciente se encuentra estable, mantiene una BCVA de 0,8 y no ha sufrido mayores complicaciones que la de la reaparición del defecto refractivo por el que se indicaron los anillos en un primer momento.

La córnea se ha ido aclarando progresivamente y el defecto interno de comunicación a cámara anterior ha ido disminuyendo su tamaño con el paso del tiempo. Hasta hoy se han desestimado otras intervenciones.

Conclusiones: La migración posterior del anillo corneal intraestromal es una complicación seria que requiere manejo quirúrgico inmediato. El explante del anillo, seguido de una evaluación y seguimiento meticulosos, ofrece una solución efectiva para restaurar la salud ocular y mejorar la calidad de vida del paciente.

CC-56

COLOBOMA RETINOCOROIDEO, 10 AÑOS DE SEGUIMIENTO, REPORTE DE UN CASO

Marisa Arcos López, M.^a Alejandra Navas, Marcos Muñoz

Introducción: El coloboma retinocoroideo (CR) es una anomalía congénita infrecuente, que sufre cambios estructurales a partir de la 2.^a década de vida, por aumento de las fuerzas traccionales, estos cambios en las barreras y el vítreo relacionados con el envejecimiento pueden provocar o proteger contra el desprendimiento de retina regmatógeno (DRR).

El uso de láser preventivo es controvertido, ya que en estudios previos existen casos de DDR post tratamiento.

Materiales y métodos: Caso clínico: mujer de 45 años, sin antecedentes familiares o genéticos, asintomática visual, consulta en año 2011 presentando agudeza visual (AV) con corrección ojo derecho (OD) 0.7 y ojo izquierdo (OI) 0.9, alcanzando una AV mejor corregida de 1.0 en OD y 0.9 en OI, la presión intraocular (PIO) fue 17 mmhg en ambos ojos (AO) en biomicroscopia (BMC) se encontró discoria por coloboma inferonasal, embriotoxon y Van Herick II en AO.

En funduscopia (FO) OD coloboma inferior bilateral en periferia, OI en zona ecuatorial y periférica, maculas y papilas normales en AO. En AO las lesiones tenían bordes cicatrizales, sin signos de DRR por lo que se decidió realizar seguimiento anual. revisando AV, BMC, PIO, sin cambios, FO y retinografía sin cambios. A partir de 2017 campimetría Humphrey 24-2 observando un escotoma absoluto superior periférico en AO. Sin cambios hasta la fecha.

Conclusión: Existen a la fecha estudios sobre la utilización de laser en casos de CR a fin de prevenir el posible DRR, sin embargo, en estos reportes mencionan la existencia de DR luego de un tiempo por lo que su uso en pacientes asintomáticos es controversial.

En este caso con más de 10 años de seguimiento demuestra que si el paciente recibe una adecuada educación acerca de su patología, se puede hacer un seguimiento conservador, dependiendo de las características y ubicación del CR.

CC-57

RESPUESTA ATÍPICA A HIDROXICLOROQUINA: MÁS ALLÁ DE LA MACULOPATÍA EN OJO DE BUEY

M.^a Carla Balmaseda Álvarez, Carmen Cabedo Claramonte, M.^a Jesús Navarro López, Lucía Verdejo Gómez

Introducción: La retinopatía por hidroxicloroquina (HXQ) es el efecto secundario ocular potencialmente más peligroso de esta medicación, ya que si no se diagnostica precozmente puede dar lugar a una pérdida de visión irreversible. Actualmente no existe un tratamiento específico, siendo la retirada del medicamento la única opción terapéutica. Es por ello que se considera crucial detectar precozmente si existe un daño en la retina, ya que en etapas tempranas estas alteraciones pueden ser reversibles.

Caso: Se presenta el caso de una mujer de 47 años con lupus eritematoso sistémico, en tratamiento con HXQ 200 mg/día durante más de 20 años y sin antecedentes oftalmológicos de interés. En la revisión anual se evidenciaron en la exploración del fondo de ojo alteraciones en el epitelio pigmentario de la retina y drusas bilaterales que se confirmaron mediante tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT). Asimismo, en el electroretinograma multifocal (ERGm) del ojo izquierdo se apreció una disminución de la amplitud de la onda macular y la microperimetría mostró un índice de integridad macular anormal en ambos ojos. Se suspendió el tratamiento con HXQ y se inició azatioprina 25 mg/día, en consenso con reumatología. A los tres meses, se consiguió una normalización total del ERGm, así como la regresión prácticamente completa de las alteraciones del epitelio pigmentario identificadas en la SD-OCT.

Conclusiones: Existen diferentes tipos de presentación de retinopatía por HXQ, más allá de la clásica maculopatía en ojo de buey. Las respuestas atípicas suponen un reto diagnóstico y, en caso de dudas de si existe toxicidad ocular, es fundamental valorar, junto con su médico prescriptor, el riesgo-beneficio de suspender y cambiar el tratamiento, ya que esto puede suponer la disminución e incluso reversibilidad de las alteraciones retinianas.

CC-58

RUPTURAS COROIDEAS POSTRAUMÁTICAS: ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS Y CONSIDERACIONES PRONÓSTICAS

Alessandro Beccia, Alfonso Andrés Iribarra Fernandois, Sergio Arroyo San Víctor, Manuel Ferro Osuna

Introducción: Las rupturas coroideas son graves consecuencias de traumatismos contusos oculares, afectando la coroides, la membrana de Bruch y el epitelio pigmentario debido a su baja elasticidad. El diagnóstico se basa en anamnesis, examen físico, OCT, autofluorescencia y angiografía fluoresceínica. Son la principal causa de hemorragia subretiniana en jóvenes. El pronóstico visual depende de la localización de las lesiones, rapidez del tratamiento y complicaciones.

Casos clínicos: 1: Joven de 16 años con visión reducida y dolor en el ojo izquierdo tras un puñetazo, presenta hemorragia subretiniana y conmoción retiniana. A los tres días se observa ruptura coroidea y casi resolución del edema sin mejora en la agudeza visual. 2: Varón de 19 años con agudeza visual de 0.1 en el ojo derecho tras agresión, presenta hemorragia subconjuntival, uveítis postraumática y ruptura coroidea. Tras vitrectomía, persiste fibrosis macular. 3: Mujer de 22 años con visión reducida en el ojo izquierdo tras agresión, presenta cicatriz macular y membrana epirretiniana. No hay neovascularización coroidea. 4: Paciente de 28 años con visión borrosa en el ojo izquierdo tras un balonazo, presenta hemorragia subretiniana. La visión se mantiene estable y se observa una pequeña lesión coroidea. 5: Joven de 17 años con fracturas faciales y visión reducida en el ojo derecho tras agresión con ladrillo, presenta hemorragias subretinianas y rupturas coroideas. 6: Mujer de 49 años con visión reducida y mancha negra tras trauma en el ojo izquierdo, presenta hemorragia subretiniana. Tras vitrectomía, persisten lesiones coroideas y la agudeza visual residual es cuenta dedos a 2 metros.

Conclusiones: Las rupturas coroideas afectan gravemente la visión, especialmente en jóvenes. La región macular es especialmente vulnerable a los traumatismos, requiriendo un enfoque quirúrgico y de imagen multimodal para una recuperación visual óptima, aunque el pronóstico suele ser desfavorable si la fovea está comprometida.

CC-59

DISPERSIÓN DE PIGMENTO INTRAOCULAR DESPUÉS DEL TRATAMIENTO CON TEBENTAFUSP PARA EL MELANOMA UVEAL METASTÁSICO: ¿UN FENÓMENO SIMILAR AL SÍNDROME DE LISIS TUMORAL?

Núria Burguillos Cabrol, Guillermo Font-Duch, Iliana Ismael Trías, Josep M.^a Caminal Mitjana

Propósito: Describir los hallazgos clínicos y de imagen multimodal de un caso de síndrome de dispersión pigmentaria en la cámara anterior y área prerretiniana en un paciente con melanoma coroideo metastásico en tratamiento con tebentafusp.

Métodos: Revisión de la literatura en enero de 2023 sobre los efectos adversos del tratamiento con tebentafusp y sus posibles presentaciones oculares y presentación de un caso de dispersión de pigmento intraocular después del inicio de tebentafusp en un paciente con metástasis hepática de melanoma uveal.

Resultados: Presentamos el caso de un varón de 64 años con melanoma coroideo en OD tratado con resección transescleral y braquiterapia adyuvante en 2018. Tras dos años de estabilidad, desarrolló un segundo melanoma coroideo de novo en el mismo ojo que fue tratado con braquiterapia en 2020. A finales de 2021, le diagnosticaron múltiples metástasis hepáticas iniciando tratamiento con tebentafusp debido a la positividad de HLA-A*02:01. Un mes después del inicio se detectó dispersión pigmentaria en cámara anterior, ángulo iridocorneal y zona prerretiniana, junto con vitíligo, leucotriquia y erupción cutánea.

Conclusiones: Tebentafusp es un activador biespecífico de células T del complejo mayor de histocompatibilidad del péptido gp100/CD3, que representa un enfoque de tratamiento innovador aprobado para pacientes HLA-A*02:01 positivos con melanoma uveal. Los efectos adversos comunes dentro de las 24 horas incluyen el síndrome de liberación de citoquinas y eventos relacionados con la piel. Además, se han descrito despigmentaciones de la piel similares a vitíligo y leucotriquias de forma más tardía. Tebentafusp también puede inducir el síndrome de lisis tumoral, pudiendo ser el fenómeno de dispersión de pigmento intraocular una forma localizada de esta entidad.

CC-60

FOVEOLITIS ASOCIADA A INFECCIÓN POR VIRUS DEL DENGUE

Francisco Calleja Casado, Bárbara Juan Ribelles, Sergio Maugard Tepper, Antonio Duch Samper

Acude al servicio de urgencias de nuestro hospital una paciente de 49 años por fiebre, mialgias generalizadas y visión borrosa bilateral de dos semanas de evolución. La paciente es médico de profesión y acababa de volver de estar unos meses en Mozambique junto a una ONG.

El examen sistémico mostró una IgM positiva en sangre para virus del Dengue, así como trombopenia ($74 \times 10^9/L$).

El examen oftalmológico demostró una agudeza visual del 20/20 en ambos ojos y pupilas normorreactivas así como una exploración del polo anterior anodina. Al mostrarle la rejilla de Amsler, refiere un escotoma central bilateral.

En polo posterior encontramos en OD una lesión subretiniana amarillenta y una pequeña hemorragia intrarretiniana en la arcada vascular superior del OS. La OCT mostró una marcada disrupción de la retina neurosensorial en OD, con disrupción focal de la capa de los elipsoides así como de la membrana limitante externa. En el ojo derecho se encontraron los mismos hallazgos en una forma más leve.

Se diagnosticó a la paciente de foveolitis en el contexto de una maculopatía por virus del Dengue. El Dengue es una causa conocida de foveolitis debido a la isquemia e inflamación de las capas externas de la retina.

Los escotomas podrían persistir tras la recuperación anatómica de las capas de la retina en esta variante de la maculopatía aunque no existe más tratamiento que la observación por el momento en estos casos.

CC-61

HEMOVÍTREO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ENDOFTALMITIS POSTQUIRÚRGICA POR ASPERGILLUS FUMIGATUS

Ana Carabias Orgaz, Alberto Bermúdez Cortés, Jacobo Trébol López, Victoria Izquierdo Mengíbar

Introducción: Las endoftalmitis tras cirugía de catarata, a pesar de ser muy infrecuentes en la actualidad (incidencia 0.01%-1.3%) siguen presentando un pronóstico muy desfavorable. En el caso de las de etiología fúngica este pronóstico se ensombrece por la dificultad en un diagnóstico precoz y la baja penetrancia de los antifúngicos en los tejidos intraoculares.

Caso clínico: Varón de 78 años, con antecedente de trombosis de rama venosa retiniana en ojo izquierdo y mejor agudeza visual corregida (MAVC) de 0.04, se somete a cirugía de catarata sin complicaciones inmediatas. A las dos semanas de la intervención acude a urgencias con pérdida de visión no dolorosa, diagnosticándose de hemovítreo sin signos inflamatorios a ningún nivel. Tras un periodo de observación de diez días aparece inflamación en cámara anterior y resolución espontánea del hemovítreo detectándose en vítreo múltiples infiltrados redondeados en collar de perlas sugestivos de endoftalmitis fúngica. Se administra una dosis de ceftazidima, vancomicina y voriconazol intravítreos. La ausencia de mejoría motiva la realización de vitrectomía pars plana a los cinco días, empleando como solución de irrigación povidona yodada 0.025% en BSS, siendo el resultado de la PCR de humor vítreo *Aspergillus fumigatus*. Se completa tratamiento con voriconazol intravítreo (1 dosis) y sistémico (2 semanas) con muy buena evolución a los cuatro meses de seguimiento y MAVC de 0.2.

Conclusión: El hemovítreo constituye un signo de presentación infrecuente en las endoftalmitis que puede enmascarar su diagnóstico temprano. En el caso que presentamos, la vitrectomía con el empleo de povidona yodada en el líquido de irrigación y el voriconazol intravítreo dieron como resultado una recuperación visual y anatómica muy favorables.

CC-62

DISTROFIA RETINIANA POR MUTACIÓN A3243G EN EL SÍNDROME DE MELAS, REPORTE DE UN CASO

Santiago Alejandro Conversa, Cecilia Gómez Gutiérrez, Ignacio Salvador Miras, Jesús Díaz Cascajosa

El síndrome MELAS (encefalomiopatía mitocondrial, acidosis láctica y episodios tipo accidente cerebrovascular) es una rara enfermedad causada por una mutación en el ADN mitocondrial que a nivel oftalmológico se asocia comúnmente con retinosis pigmentaria, catarata subcapsular posterior, ptosis y en casos raros a glaucoma neovascular.

Caso: Presentamos un paciente de 26 años con esta enfermedad y la mutación A3243G, quien en diferentes ingresos por episodios ictus-like, refería disminución de agudeza visual bilateral y miodesopsias. Inicialmente la agudeza visual era de 1.0 en ambos ojos, fondo de ojo y autofluorescencia normales y OCT papilar con disminución de capa de fibras nerviosas en sector temporal bilateral sin correlación funcional con el campo visual.

Tras tres años en ausencia de seguimiento el paciente manifestó pérdida progresiva de AV bilateral (OD 0.3 OI 0.5). En la exploración, se observó limitación de los movimientos oculares en todas las posiciones de la mirada sin alteraciones en el segmento anterior. Fondo de ojo con papilas atróficas y alteración del EPR bilateral no manifiesto previamente. En las pruebas de imagen la autofluorescencia mostró una alteración del EPR tipo retinopatía mitocondrial 2, con depósitos hiperautofluorescentes del EPR alrededor del área foveal. La OCT papilar mostró la atrofia de fibras nerviosas ya documentada y hemianopsia homónima derecha en la campimetría visual. Resonancia magnética con hiperintensidad cortical de ambos lóbulos occipitales mayor en el izquierdo y atrofia de nervios ópticos.

Conclusión: Diferentes grados de alteración del EPR se observan en pacientes con esta mutación del ADN mitocondrial. Es importante destacar que estas, pueden ser indicativas de complicaciones sistémicas asociadas a la enfermedad por lo que se recomienda un estudio genético precoz y diagnóstico diferencial oportuno ya que si bien, no existe un tratamiento curativo, se puede ayudar a prevenir complicaciones no oftalmológicas.

CC-63

DESPRENDIMIENTO DE RETINA CON DESGARRO 360° EN SÍNDROME DE STICKLER

Haizea Etxabe Ávila, Elena Montolío Marzo, Clara Heredia Pastor, Lorenzo López Guajardo

Introducción: El síndrome de Stickler es una enfermedad genética hereditaria relacionada con mutaciones en los genes del colágeno. Está caracterizado por alteraciones progresivas oftalmológicas, auditivas, orofaciales y articulares. Las manifestaciones oculares incluyen desprendimiento de retina (DR), degeneraciones vítreo-retinianas, glaucoma, miopía y catarata.

Caso clínico: Se trata de una niña de 11 años, diagnosticada de síndrome de Stickler tipo 2, derivada por pérdida de agudeza visual (AV) del ojo izquierdo (OI) de 1 mes de evolución. Presentaba amaurosis debido a un DR total con desgarro 360°, observándose la retina plegada sobre sí misma en inferior. La paciente ha requerido 5 vitrectomías via pars plana (VPP), junto con facoemulsificación, fotocerclaje 360°, inyección de silicona, implante secundario de lente intraocular (LIO) en sulcus, reaplicación de la retina por dos re-DR, pelado de proliferaciones vitreoretinianas, explante de LIO subluxada, extracción de silicona e inserción de LIO Carlevalle. En la actualidad presenta AV 0.1, la retina permanece aplicada, aunque presenta gran rotación en sentido horario, y exotropía sensorial consecutiva. En el ojo derecho (OD), AV 0.5, se ha realizado un cerclaje escleral de manera profiláctica ante degeneraciones vítreo-retinianas progresivas con el objetivo de reducir el riesgo de DR, ya que ésta es la única intervención que ha demostrado efectividad. Para llevarla a cabo esperamos a que la paciente cumpliera 14 años, edad en la que el ojo alcanzó el diámetro suficiente para que el cerclaje no alterara su crecimiento.

Conclusiones: El síndrome de Stickler es una colagenopatía con diversas manifestaciones oculares, que requiere de una sospecha clínica precoz para prevenir secuelas irreversibles. Es la causa hereditaria más frecuente de DR en la infancia, y estos suelen ser de difícil manejo y requerir múltiples cirugías. Los tratamientos quirúrgicos profilácticos son seguros y reducen el riesgo de DR.

CC-64

ENDOFTAMITIS ENDÓGENA, UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO. REVISIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

Gloria Fernández Cosmen, Juan Donate López, Alicia Valverde Megías, Belén Jiménez-Rolando

Introducción: La endoftalmitis endógena es una enfermedad grave y de difícil manejo, con compromiso de la función visual y de la integridad anatómica del globo ocular por lo que es crucial la intervención temprana de un equipo multidisciplinar para erradicar el foco primario conocido o no, así como para tratar de preservar la función visual.

Casos clínicos: Presentamos 4 casos de endoftalmitis endógena en contexto de: una infección respiratoria por *Streptococcus pneumoniae*, un absceso retrofaríngeo polimicrobiano (*Streptococcus A y B* y *Staphylococcus aureus*), una infección exógena por *Listeria monocytogenes* y un caso, que en contexto de un GIST rectal en tratamiento con avapritinib, presentó una celulitis preseptal y endoftalmitis.

La endoftalmitis endógena fue la primera manifestación de la infección sistémica. Presentaron muy baja agudeza visual al diagnóstico llegando a la no percepción de luz, excepto la paciente tratada con avapritinib, inhibidor de la tirosin-kinasa, que se observó la resolución del cuadro a la retirada del fármaco, no estando previamente descrito este efecto adverso.

En cuanto a la exploración se presentaban unilateralmente en el 100 % de los casos, hiperemia cilio-conjuntival, edema corneal, celularidad en cámara anterior, hipopion y vitritis de moderada a intensa. Además en el último caso se observó edema palpebral severo y quemosis. En la ecografía mostraba condensaciones vítreas y organización de membranas vítreas en los casos más avanzados. La endoftalmitis causada por *S. pneumoniae* se asoció a un curso clínico más agresivo y a peor agudeza visual.

En los tres primeros casos se realizó vitrectomía y obtención de muestra vítreas, la positividad de las muestras fueron de 2/3.

Conclusión: Se identificaron varios factores que inciden negativamente en la evolución de la enfermedad; estos incluyen el retraso en el diagnóstico, el uso de antibióticos inadecuados, la virulencia del germen, y la mala agudeza visual en el momento del diagnóstico.

CC-65

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE COLUMNA HIPERREFLECTIVA SUBFOVEAL EN TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA

Marina Fernández Jiménez, Mariluz Puertas Ruiz-Falcó, Pablo García-Consuegra López-Picazo, José M.^a Ruiz Moreno

Introducción: Se presentan 3 casos clínicos con alteración focal subfoveal de los elipsoides (EZ) y columna hiperreflectiva subfoveal (CHRS) en tomografía de coherencia óptica (OCT) por 3 entidades diferentes, en los que la historia clínica resulta clave en el diagnóstico.

Casos clínicos: Caso 1: Mujer de 32 años con escotoma central bilateral de horas de evolución, mejor agudeza visual corregida (MAVC) 0.15 central que llega a 0.8 buscando por periferia, e imagen en OCT de alteración focal en EZ y CHRS en ambos ojos (AO). A la anamnesis dirigida, confiesa observación directa al sol y se diagnostica de maculopatía solar. Se decide observación estrecha. Al mes, persiste mínima alteración en EZ con mejoría de la BCVA central a 0.9.

Caso 2: Varón de 21 años con escotoma central bilateral de 1 semana de evolución, MAVC 0.9 y alteración subfoveal de EZ en AO en OCT. Aunque inicialmente niega consumo de tóxicos, se pregunta por consumo de «popper» y confiesa. Se solicita abandono del consumo y es revisado al mes y a los 6 meses con resolución completa de la clínica y las lesiones en OCT.

Caso 3: Mujer de 65 años, con disminución de agudeza visual (AV) en OD de 1 semana. Presenta MAVC 0.8 y alteración focal subfoveal de EZ con CHRS en OCT, secundaria a un síndrome de tracción vítreo-macular (STVM). Se decide observación, con empeoramiento de la TVM a la semana y posterior liberación espontánea a los 6 meses con resolución de la clínica y las alteraciones en OCT.

Conclusión: La alteración focal de los EZ y la CHRS son hallazgos en OCT que obligan a realizar un diagnóstico diferencial en el que la anamnesis puede jugar un papel fundamental.

CC-66

ANULADA POR EL AUTOR

CC-67

SERIE DE CINCO CASOS CON MACULOPATÍA IDIOPÁTICA AGUDA UNILATERAL

José Vicente Guijarro Ambel, José Luis Sánchez Vicente, Bosco González-Jáuregui López, Esperanza Cosano Palma

Propósito: Describir, los hallazgos clínicos y la evolución de cinco pacientes con maculopatía idiopática unilateral aguda (MIAU).

Métodos: Estudio de los casos de MIAU atendidos durante los años 2018-2023. Describiendo sus características demográficas, formas de presentación, manifestaciones clínicas y evolución mediante estudio de imagen multimodal que incluyó retinografía, OCT, OCTA, autofluorescencia (FAF) y angiografía fluoresceínica (AGF).

Resultados: Se presentan cinco casos de pacientes jóvenes, con una disminución brusca de la agudez visual, y presencia de una lesión amarillo-grisáceas macular, con lesiones satélite, en el ojo afecto, en cuatro de los cinco pacientes. Un patrón combinado de hipofluorescencia e hiperfluorescencia precoz con hiperfluorescencia tardía en la AGF, y alteración de las bandas retinianas externas, a nivel macular, en la OCT. En uno de los pacientes se evidenciaron además, lesiones en el ojo contralateral. Dos pacientes recibieron tratamiento corticoideo y otros tres no recibieron tratamiento. Al final del seguimiento todos presentaron una mejoría de la agudeza visual, así como una disrupción residual de las bandas externas a nivel macular en la OCT.

Conclusión: Además, de los signos y síntomas característicos, cabe destacar la presentación multifocal, dada la presencia de lesiones maculares satélite, que acompañan a la lesión central, descritas en cuatro pacientes, así como la bilateralidad de las lesiones en uno de los pacientes. También es bastante característico, de esta entidad, el buen pronóstico visual, a pesar de la controversia en la necesidad, o no, de tratamiento.

CC-68

SÍNDROME DE VASCULOPATÍA RETINIANA CON LEUCODISTROFIA CEREBRAL Y MANIFESTACIONES SISTÉMICAS ASOCIADO A MUTACIÓN EN HETEROCIGOSIS DEL GEN TREX1

Armando Gutiérrez Cuesta, Ana Hernaiz Cereceda, Eva M.^a Salinas Caldas, Nuria M.^a Gajate Paniagua

Presentamos tres casos de una misma familia, procedente de Rumanía, con mutación en heterocigosis del gen TREX1, con el objetivo de realizar una revisión bibliográfica de las manifestaciones oculares y sistémicas derivadas de dicha alteración genética.

Paciente 1: Varón de 46 años que presenta isquemia retiniana periférica y del polo posterior, así como vasculitis bilateral. Como manifestaciones sistémicas destacan la presencia de una alteración motora asociada a una lesión cerebral con captación en anillo y múltiples calcificaciones intraparenquimatosas supratentoriales. Además, se acompaña de hipertensión arterial (HTA), anemia macrocítica, insuficiencia renal crónica, hepatopatía crónica y síndrome de Raynaud primario.

Paciente 2 (hermano del paciente 1): Varón de 50 años con hallazgos oftalmológicos similares (isquemia retiniana y vasculitis) al paciente 1. A nivel sistémico presenta hepatopatía crónica e hipotiroidismo.

Paciente 3: (sobrina del paciente 1 e hija del paciente 2): Mujer de 23 años con antecedente de vasculitis bilateral sin isquemia asociada. Destacan también el antecedente de hipotiroidismo y migrañas recurrentes.

La vasculopatía retiniana con leucodistrofia cerebral y manifestaciones sistémicas es un raro síndrome genético (menos de 25 familias afectadas en el mundo), asociado a mutaciones en el gen TREX1. A nivel oftalmológico se presenta con alteraciones vasculares en el fondo de ojo, así como isquemia periférica y del polo posterior, siendo la fluorangiografía y la angiografía por tomografía de coherencia óptica fundamentales en el diagnóstico. Se asocia a múltiples manifestaciones sistémicas, como lesiones cerebrales (confundidas en muchos casos con tumor cerebral), enfermedad renal y hepática, migrañas, hipotiroidismo, anemia, HTA y síndrome de Raynaud. El pronóstico vital, de unos 20 años desde el diagnóstico, está condicionado por la evolución de las alteraciones sistémicas y por no conocerse ningún tratamiento efectivo.

CC-69

ADALIMUMAB COMO TRATAMIENTO PARA LA QUERATITIS ULCERATIVA PERIFÉRICA ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE

Felipe Javier Barroso Pérez, Elena López Tizón, M.^a del Carmen Cruz Tapiador, Mohamed Sliman Mohamed

Introducción: La queratitis ulcerativa periférica (PUK) es un trastorno inflamatorio que afecta a la córnea periférica produciendo una erosión en media luna y adelgazamiento estromal. En la mayoría de los casos es un signo de actividad de la Artritis Reumatoide (AR) de base. Aunque no hay consenso sobre su tratamiento, los inmunosupresores convencionales y la terapia biológica constituyen un importante apoyo para su manejo.

Caso clínico: Mujer de 53 años diagnosticada de AR seropositiva de 6 años de evolución que fue tratada inicialmente con corticoides orales y metotrexato (MTX), por vía oral y subcutánea (SC), a dosis de 10 mg semanales. Ante la mala tolerancia al MTX, el insuficiente control de la enfermedad y el rechazo de medicación por vía SC, se decidió introducir Upadacitinib, 15 mg al día vía oral. Tras un año de baja actividad de la enfermedad con el inhibidor de JAK quinasa, acudió a urgencias por ojo rojo derecho de varios días de evolución. En la biomicroscopia presentaba un infiltrado corneal inferotemporal en semiluna en periferia con leve defecto epitelial, leve adelgazamiento estromal, limbitis asociada y Tyndall de 1+/4. El resto de exploración oftalmológica no presentaba alteraciones y el cultivo del raspado corneal fue negativo. Se inició tratamiento con antibiótico y corticoide tópico. Con la sospecha de PUK y la escasa mejoría, se pautaron 3 pulsos de 250 mg de Metilprednisolona seguidos de 1 mg/kg/día de prednisona oral de mantenimiento. Ante la escasa respuesta, se decidió suspender Upadacitinib e introducir Adalimumab, 40mg por vía SC bisemanal. Tras varias semanas de tratamiento con anti-TNF, se apreció mejoría clínica significativa, tanto del adelgazamiento estromal como del engrosamiento perilimbar, pudiéndose evitar el tratamiento quirúrgico.

Conclusión: Con nuestro caso queremos sumarnos al conjunto de evidencias que sugieren que la terapia biológica anti-TNF con Adalimumab debe considerarse en los casos de PUK grave asociada a AR.

CC-70

FIBROSIS EN LA ENTRECARA TRAS RESOLUCIÓN DEL SÍNDROME DE FLUIDO DE LA INTERFASE TARDÍO TRATADO CON DMEK EN UNA PACIENTE POSTLASIK CON ANTECEDENTES DE QUERATOUVEÍTIS HERPÉTICA

Sofía Bryan Rodríguez, Diana Santander García, Marina Fernández Jiménez

Introducción: El síndrome de fluido de la interfase (IFS) es una complicación de la queratomileusis in situ asistida con láser (LASIK). Clásicamente se asocia a hipertensión ocular, pero se han descrito casos asociados a disfunción endotelial. La queratoplastia endotelial de membrana de Descemet (DMEK) es una opción terapéutica del IFS no respondedor a hipotensores.

Caso clínico: Varón de 56 años diagnosticado de rechazo inmune de DMEK. Antecedentes de LASIK miópico en 2004, pseudofaquia del ojo izquierdo (OI) y episodios de uveítis herpética OI confirmados por PCR. Intervenido de DMEK en 2021 que fracasa a los 9 meses tras reactivación herpética y reintervenido en marzo 2023. La 2ª DMEK no consigue transparencia, se diagnostica de rechazo y es tratado con ciclosporina, corticoides frecuentes, profilaxis antiherpética e hipotensor sin mejoría.

En la exploración del OI, la mejor agudeza visual corregida (MAVC) es cuenta dedos. Se observa edema corneal con bullas y precipitados retroqueráticos. La presión intraocular (PIO) por Goldmann es 22 mmHg y 40-50 mmHg por palpación digital. Se realiza una tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (OCTSA) objetivándose IFS. Se suspende la inmunosupresión, se disminuyen los corticoides y se aumentan los hipotensores. La PCR es negativa.

Tras la normalización de la PIO, persiste el IFS por lo que se indica una 3ª DMEK que se realiza en enero 2024. En el postoperatorio la OCTSA muestra desaparición del líquido y mejoría del edema. Sin embargo, 5 meses después la MAVC es de 0.2, con buen resultado anatómico y funduscopia normal. En la OCTSA se evidencia fibrosis en la entrecara.

Conclusión: El IFS se debe descartar ante un edema corneal post-LASIK; siendo indispensable la OCTSA para su diagnóstico. En este caso, la DMEK resolvió el fluido pero la persistencia prolongada de este causó fibrosis. El correcto diagnóstico y el tratamiento adecuado es vital para evitar la cicatrización que limite la recuperación tras cirugía lamelar.

CC-71

NEOPLASIA ESCAMOSA INTRAEPITELIAL CORNEAL AISLADA: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL

Luis M.^a Carlés Cerbán, Victoria de Rojas Silva, Roberto Álvarez Rodríguez

Introducción: La neoplasia escamosa intraepitelial con afectación puramente corneal en la biomicroscopía (BMC) es una variedad muy infrecuente de tumor de superficie ocular. En este contexto, se presenta un caso con los hallazgos BMC, histológicos y un vídeo de la cirugía, así como una revisión bibliográfica sobre esta rara neoplasia.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 79 años que acude por sensación de cuerpo extraño en ojo derecho de tres meses de evolución. La agudeza visual es 0.7 y en córnea, aparte de piel de cocodrilo, aparece en temporal-inferior una lengua blanquecina, separada de limbo y con una estría central de epitelio sano. La tomografía de coherencia óptica (OCT) muestra epitelio engrosado e hiperrefringente, con brusca transición a zona sana.

Ante la sospecha de neoplasia corneal intraepitelial aislada, se indica biopsia excisional con técnica de no contacto de Shields, márgenes de 2mm y alcohol absoluto en limbo. El resultado confirmó una neoplasia escamosa intraepitelial corneal, con márgenes no valorables por fragmentación de la muestra.

A los 14 días, ya epitelizada la córnea, se indica coadyuvancia con mitomicina C tópica al 0.04% en dos ciclos separados por una semana. A los 22 meses, la paciente se encuentra asintomática, con agudeza visual de 0.9 y sin signos de recidiva.

En cuanto a la revisión bibliográfica, en los últimos 25 años se han descrito sólo 10 casos de neoplasia escamosa intraepitelial corneal, sin referencias de concurrencia con piel de cocodrilo. Sí existe cierto consenso de la utilidad de la OCT y de que la biopsia excisional conduce a la resolución.

Conclusión: La neoplasia escamosa intraepitelial con afectación puramente corneal en la BMC es una patología muy infrecuente, lo que supone retrasos diagnósticos y terapéuticos. La OCT puede ser útil en el diagnóstico diferencial, si bien el definitivo requiere biopsia excisional, que a su vez supone la principal terapia, aunque valorando siempre la coadyuvancia.

CC-72

QUERATOPRÓTESIS DE BOSTON TIPO I EN PACIENTE AFECTO DE DISQUERATOSIS INTRAEPITELIAL BENIGNA HEREDITARIA

Daniel Casado López de la Franca, Rafael I. Barraquer Compte

Introducción: La disqueratosis intraepitelial benigna hereditaria (DIBH) es una entidad degenerativa de la superficie ocular poco frecuente. Consiste en la aparición de placas blancas elevadas con marcada hiperemia conjuntival, que en ocasiones se extienden al limbo o a la córnea causando pérdida de visión, siendo su transmisión autosómica dominante.

Se presenta un caso de más de 33 años de seguimiento, que finalmente requirió de queratoprótesis de Boston tipo I (B1-KPro) tras fracaso previo de otras intervenciones quirúrgicas.

Caso clínico: Hombre de 34 años diagnosticado de DIBH bilateral desde los 5 meses de vida. Su madre y abuela materna presentan el mismo cuadro. Su ojo izquierdo desde niño padecía una lesión de nervio óptico (gran escotoma central) con baja agudeza visual (AV). Con los años, las lesiones conjuntivales del ojo derecho se trataron en múltiples ocasiones mediante criocoagulación y en un caso con mitomicina C tópica al 0,04% durante una semana. Progresivamente, desarrolló un cuadro de insuficiencia limbar y conjuntivalización corneal. Ésta fue tratada mediante queratoplastia parcial y más tarde con aplicación de membrana amniótica. Al mes de la última cirugía desarrolló una queratitis infecciosa.

Tras realizar tratamiento médico, se logró la resolución del cuadro infeccioso, quedando una córnea opacificada y vascularizada, con una AV de 0.004 BER. Debido a la patología bilateral, tratándose de un ojo prácticamente único y con mal pronóstico para una queratoplastia penetrante, se decidió realizar una B1-KPro con extracción de catarata e implante de lente intraocular. A los 2 meses, la AV sin corrección es de 0,25.

Conclusión: La B1-KPro puede considerarse una alternativa en pacientes con opacificación corneal y vascularización de la superficie ocular. Requiere función lagrimal aceptable, buena aposición palpebral, fórnix profundo y ausencia de queratinización. Este tratamiento parece bien tolerado por el momento a falta de ver su evolución.

CC-73

QUERATITIS POR MYCOBACTERIUM ABSCESSUS SECUNDARIA A ANTIGUO EXPLANTE RETINIANO

Javier Celis Sánchez, Eva M.^a Avendaño Cantos, Virginia Hernández Ortega, José Manuel Calzas Durán

Introducción: La incidencia de infecciones oculares por micobacterias no tuberculosas ha aumentado en los últimos años, sobre todo en relación con procedimientos refractivos. Son pocos los casos publicados de queratitis por Mycobacterium relacionados con otras cirugías. El manejo de estos es complicado y requiere tratamientos antibióticos prolongados.

Caso: Presentamos el caso de un paciente, remitido desde otro centro, para una segunda opinión por una queratitis ulcerativa con mala evolución en su ojo derecho. Como antecedentes oculares refiere una cirugía de retina en ese ojo hace 10 años. El aspecto sugiere una infección por lo que se toman muestras para estudio microbiológico que revelaron un Mycobacterium abscessus. Se instaura tratamiento tópico con Amikacina, Claritromicina y Moxifloxacino tópicos además de Doxiciclina oral, a la espera del antibiograma. A pesar del tratamiento el paciente empeora, con extensión de la infección hacia la esclera por lo que se decide realizar una queratoplastia en caliente. El estudio de la córnea reveló de nuevo el mismo germen y en el antibiograma se apreció resistencia a la mayoría de los antibióticos con excepción del Linezolid. La evolución inicial fue buena, pero al mes aparece un nuevo foco infeccioso en el injerto corneal. Se decide hacer inyecciones intraestromales y, en ese momento se descubre un explante de la antigua cirugía de retina que al ser cultivado muestra gran crecimiento de Mycobacterium.

Conclusión: Ante una queratitis infecciosa, la existencia de cirugías previas, sobre todo en las que se usan biomateriales, debe alertarnos a la posible existencia de un foco infeccioso que haya colonizado dicho material.

CC-74

MANEJO QUIRÚRGICO DE UN QUISTE IRIDIANO SECUNDARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Nuria Cintas García, Miriam Barbany Rodríguez, Javier Pérez Esquiva

Introducción: Los quistes del complejo iridociliar pueden ser primarios o secundarios y su aspecto puede simular ocasionalmente un tumor pigmentado. Los quistes secundarios suelen ser consecuencia de traumatismos o de cirugía del segmento anterior.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 71 años en seguimiento por el departamento de segmento anterior debido a sus antecedentes de cirugía de DMEK y catarata en ambos ojos. Durante un control rutinario, se detecta un quiste iridiano anterior en el ojo derecho como hallazgo incidental. Dado el pequeño tamaño de este, se decide optar por una conducta expectante con controles periódicos, manteniéndose estable durante más de un año. Sin embargo, en un periodo de menos de seis meses, se documenta un crecimiento considerable, mostrando en la biomicroscopía un aspecto epitelial, translúcido y con contenido seroso, con afectación parcial del eje visual y zona de contacto con el endotelio corneal. La OCT-SA permite objetivar la totalidad de la lesión, incluyendo su borde posterior, mostrando su contenido líquido y confirmando el contacto de la pared externa con el endotelio corneal.

Dado su tamaño y el riesgo de descompensación corneal se decide manejo quirúrgico. La técnica quirúrgica realizada consiste en la aspiración del quiste con una aguja de 25G, escisión bimanual de las paredes y endofotocoagulación de su base para asegurar la destrucción de las células epiteliales. El estudio histopatológico objetiva un quiste de inclusión epitelial, confirmando su naturaleza benigna.

Conclusión: Los quistes iridianos pequeños y asintomáticos pueden manejarse con observación periódica y actitud expectante. Por el contrario, los que crecen precisan tratamiento por sus potenciales complicaciones. La técnica quirúrgica realizada en esta paciente es un procedimiento mínimamente invasivo que ha demostrado buenos resultados y permite una segunda intervención en caso de recidiva.

CC-75

QUERATOUVEÍTIS PERSISTENTE POR MPOX VIRUS EN PACIENTE VIH POST-LASIK: TRATAMIENTO MÉDICO Y RETIRADA DE FLAP

Jorge Hernández Cerdá, María Rosell Domínguez, Víctor Alegre Ituarte, Lucía Martínez-Costa Pérez

Introducción: La viruela por el virus mpox (MPXV) ha experimentado un creciente interés desde el gran brote global que tuvo lugar en el año 2022. La afectación de este virus a nivel ocular es leve en la mayoría de casos, siendo muy infrecuente la afectación corneal grave.

Caso clínico: Se expone el caso de un varón de 44 años VIH positivo, inmunocompetente y con antecedente de LASIK, que acude a urgencias con un cuadro generalizado de lesiones umbilicadas cutáneas, incluyendo piel palpebral y conjuntiva bulbar del ojo derecho (OD).

La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de las muestras tomadas fue positiva para MPXV. Pese al tratamiento con fluorometolona y tobramicina tópicas el cuadro evolucionó a un edema corneal difuso y úlcera pancorneal.

El paciente requirió varias tandas de tecovirimat oral, corticoide tópico y oral, trifluridina tópica y la retirada del flap corneal con posterior aplicación de membrana amniótica hasta conseguir la estabilidad clínica y la negativización de las repetidas muestras corneales, quedando un leucoma corneal parcial.

El ojo adelfo permaneció sin afectación en todas las exploraciones y las lesiones cutáneas desaparecieron a la semana del diagnóstico.

Conclusión: El reciente rebrote en el número de casos por afectación por MPXV requiere el conocimiento de la clínica y tratamiento de la enfermedad por parte de los oftalmólogos, pero la escasa literatura publicada dificulta esta tarea.

Resulta fundamental la exposición de los casos graves y de evolución tórpida de esta entidad con el objetivo de poder realizar un mejor diagnóstico y manejo de los pacientes.

CC-76

INFILTRADO PROFUNDO POST QUERATOPLASTIA PENETRANTE ¿INFECCIÓN VS RECHAZO?; DIAGNÓSTICO CON ABORDAJE POSTERIOR MEDIANTE BIOPSIA POSTERIOR

Javier Lacorzana Rodríguez, M.^a Fernanda Astete Ríos, Frank Larkin

Introducción: El uso crónico de esteroides en trasplantes corneales aumenta el riesgo de infecciones, que típicamente afectan las capas superficiales. Presentamos un caso en el que el infiltrado estaba en estroma medio-posterior, dificultando su diagnóstico con los medios convencionales (raspado y reacción en cadena de polimerasa, PCR).

Caso clínico: Un varón de 39 años con queratocono avanzado fue sometido a queratoplastia penetrante en el ojo derecho en septiembre de 2023. Tres meses después, desarrolló un infiltrado profundo de aspecto inflamatorio en la zona donante, adyacente a la unión donante-receptor, sin defecto epitelial y con células abundantes en la cámara anterior. Se trató inicialmente como un episodio de rechazo. Dos meses más tarde, se presentó otro infiltrado profundo en la zona donante, lo que llevó a iniciar tratamiento contra herpes y realizar serologías, mostrando únicamente Ig G+ CMV. Afortunadamente, el paciente presentó mejoría, sin embargo, un mes después se observó un aumento en ambos infiltrados con clara apariencia infecciosa, afectando ahora la zona receptora. Dado que nunca hubo un defecto epitelial y el infiltrado comprometía el estroma medio-profundo, se decidió realizar una biopsia con abordaje posterior y PCR en el humor acuoso. La técnica de biopsia posterior, similar al inicio de una queratoplastia lamelar anterior, implicó una disección de la córnea en dos planos (anterior y posterior) desde el limbo, seguida de una biopsia del estroma posterior. El resultado fue positivo para Candida Glabatra, y se inició tratamiento intensivo con anfotericina tópica e intracamerular.

Conclusión: En casos complejos de infecciones posteriores sin defecto epitelial, los métodos diagnósticos convencionales como el raspado corneal y la PCR a menudo arrojan resultados negativos. Por lo tanto, los abordajes diagnósticos posteriores, como el descrito en nuestro caso, adquieren especial relevancia.

CC-77

PSEUDOPENFIGOIDE OCULAR ASOCIADO A PEMBROLIZUMAB

Andrea Martín Herrero, M.^a del Mar Prieto del Cura, Vyara Hristova Yadekova, M.^a José Crespo Carballés

Introducción: Los inhibidores de puntos de control inmunitario, como el pembrolizumab, pueden desencadenar eventos adversos inmunológicos que afectan a múltiples órganos, incluidos los ojos. A continuación, presentamos un caso de penfigoide ocular asociado a este tipo de terapias.

Caso clínico: Un hombre de 66 años, diagnosticado de adenocarcinoma de pulmón estadio IV, acudió a nuestro servicio de oftalmología con conjuntivitis cicatricial bilateral, simbléfaron, acortamiento del fórnices, defectos epiteliales y edema corneal leve; hallazgos clínicos compatibles con un penfigoide de membranas mucosas ocular.

No se encontraron ampollas ni úlceras en otras partes del cuerpo. Se informó como un evento adverso secundario a pembrolizumab. El tratamiento consistió en la suspensión de este, la administración de prednisona oral en altas dosis y la terapia tópica con colirios de tobramicina/dexametasona, ciclosporina e insulina.

Conclusiones: Este caso subraya la importancia de reconocer y manejar rápidamente las manifestaciones oculares raras asociadas a los fármacos inhibidores de puntos de control inmunitario. La concienciación sobre estas complicaciones es crucial para oftalmólogos y oncólogos, permitiendo un reconocimiento precoz y tratamiento adecuado.

CC-78

DEBUT DE MIELOMA MÚLTIPLE TRAS DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO E INMUNOHISTOQUÍMICO DE AMILOIDOSIS CONJUNTIVAL PRIMARIA

Sandra Melgar Martín, M.^a Isabel Soler Sanchís, Nuria González Girón, Clara Martí-Macía

Introducción: La amiloidosis agrupa un conjunto de enfermedades caracterizadas por el depósito anormal de proteínas insolubles de estructura fibrilar en los diferentes tejidos y órganos del cuerpo. Estos depósitos pueden alterar la función normal de los órganos afectados, conduciendo a una amplia gama de síntomas. Las manifestaciones oculares de la amiloidosis son muy infrecuentes, siendo la conjuntiva una de las localizaciones. Caso Clínico: Varón de 74 años que presenta molestias oculares inespecíficas en el postoperatorio de cirugía de cataratas. A la exploración, destacan placas conjuntivales de coloración asalmonada sin otros hallazgos patológicos. Ante la ausencia de mejoría de las lesiones tras tratamiento corticoideo tópico, se decide la realización de una biopsia conjuntival con estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico. Los resultados muestran una amiloidosis conjuntival con depósitos de tipo AL. Se contacta con Medicina Interna quién inicia un estudio sistémico. Tras la realización de una amplia batería de pruebas, no se consigue llegar a un diagnóstico etiológico de la amiloidosis.

En el seguimiento realizado por parte de Oftalmología, el paciente sigue refiriendo molestias oculares a pesar de tratamiento y empeoramiento del estado general, así como petequias y edemas. Se contacta de manera urgente con el servicio de Hematología, que ingresa e inicia un nuevo estudio. Tras la realización de aspirado de médula ósea, se llega al diagnóstico de Mieloma Múltiple y se comienza tratamiento dirigido.

Conclusiones: La amiloidosis conjuntival es una condición muy infrecuente, lo cual conduce a un retraso diagnóstico y terapéutico. Para su diagnóstico, es imprescindible la realización de una biopsia conjuntival que demuestre la presencia de sustancia amiloide; así como un estudio sistémico que descarte una amiloidosis primaria. El tratamiento de las manifestaciones oftalmológicas queda englobado en el tratamiento sistémico de la enfermedad.

CC-79

QUERATOPATÍA SEVERA ASOCIADA A TISOTUMAB VEDOTIN-TFV. A PROPÓSITO DE UN CASO

Tamara Palenzuela Álvarez, M.^a Isabel Gabarrón Hermosilla, Lucía Saavedra Seijo, Nicolás Toledano Fernández

Introducción: Tisotumab vedotin-tfv es un anticuerpo monoclonal conjugado con un fármaco citotóxico, aprobado por la FDA en septiembre de 2021 para el tratamiento del cáncer cervical recurrente o metastásico.

En el ensayo clínico pivotal en fase II innovaTV 204, se reportaron cifras elevadas de efectos adversos (EAs) a nivel ocular, sin embargo en la actualidad no son muchos los casos publicados.

Caso clínico: Presentamos a una mujer de 56 años con diagnóstico de Adenocarcinoma endocervical estadio IVB que en 2022 entra en un ensayo clínico con Tisotumab vedotin-tfv para el control de su patología.

Le realizan el seguimiento oftalmológico el hospital donde recibe el tratamiento, describiendo queratitis en ambos ojos y un infiltrado corneal en su ojo izquierdo que tras once ciclos de tratamiento, obliga a la suspensión de éste.

Cuatro meses después acude a nuestras consultas por un nuevo episodio de dos semanas de evolución, tratado con corticoides en colirio y antibióticos tópicos y orales. A la exploración se observa una úlcera corneal de 1,2 mm con adelgazamiento de algo más de medio grosor corneal, con cultivo negativo, que se resolvió dejando un leucoma y adelgazamiento corneal residual.

La paciente ha tenido dos nuevos episodios de reactivación de esta úlcera corneal, que se han tratado con colirios de moxifloxacino y dexametasona, colirio de insulina y doxiciclina oral, permaneciendo estable en la actualidad.

Conclusiones: Remarcar la importancia de conocer los efectos adversos corneales asociados a Tisotumab.

A pesar de que los EAs en su mayoría son leves o moderados, pueden ocurrir otros de mayor gravedad. Queremos destacar la importancia de las exploraciones oftalmológicas coordinadas con Oncología, tanto basales como de seguimiento durante el tratamiento con Tisotumab, para ajuste de dosis o suspensión del mismo si fuera preciso, así como tratar de la manera más precoz posible cualquier alteración ocular.

CC-80

CONJUNTIVITIS ASOCIADA A DUPILUMAB EN PACIENTE CON DERMATITIS ATÓPICA

María Pampillón Albert, Mireia García Bermúdez, Jaime Lorenzo Castro, José Manuel Benítez del Castillo Sánchez

Introducción: Dupilumab es un anticuerpo monoclonal que bloquea un receptor común en la interleuquina 4 y 13. Está aprobado para la dermatitis atópica moderada-severa no controlada con tratamiento tópico o cuando este no puede administrarse.

Caso clínico: Varón de 57 años en seguimiento por queratoconjuntivitis límbica superior en tratamiento con suero autólogo. Acude a urgencias por disminución de visión, prurito y secreciones en ojo izquierdo de meses de evolución. Como antecedentes personales refiere dermatitis atópica en tratamiento con dupilumab quincenal. A la exploración presenta eritema y descamación palpebral, secreción, hiperemia conjuntival intensa, folículos, palidez limbar superior y acortamiento de fondos de saco sin simbléfaron. Ante la sospecha de conjuntivitis infecciosa o penfigoide se decide tratar con prednisona y doxiciclina oral, ofloxacino y tobramicina tópicos. Se solicitan cultivos, serologías de clamidia y treponema y anticuerpos de penfigoide, siendo todos los resultados negativos. Debido a la persistencia de molestias y signos de blefaroconjuntivitis con ingurgitación de vasos superficiales, inflamación conjuntival tarsal de aspecto linfoide sin membranas e irregularidad epitelial se decide aumentar la dosis de prednisona oral, mantener doxiciclina, añadir fluorometolona y azitromicina tópica y realizar interconsulta a dermatología para no volver a administrar dupilumab sustituyéndolo por tacrolimus. A la semana el paciente refiere mejoría clara de síntomas y de visión por lo que se decide añadir colirio de ciclosporina, colirio de insulina e iniciar pauta de descenso lenta de corticoides y doxiciclina. Al mes y después de no administrar las dos últimas inyecciones de dupilumab se constata que ha recuperado la agudeza visual sin signos de conjuntivitis.

Conclusión: Tener en cuenta la conjuntivitis y blefaritis como efectos adversos posibles del dupilumab ya que síntomas de superficie ocular pueden confundirse con los de la dermatitis atópica.

CC-81

HIPERMETROPÍA, ABERRACIONES CORNEALES, CAMBIOS QUERATOMÉTRICOS Y ADELGAZAMIENTO EPITELIAL SECUNDARIOS A CHALAZIÓN

Albert Saladrigas Pernias, Víctor Lázaro Rodríguez, Marta Caminal Caramés, María Cobo de Nadal

Introducción: Los cambios topográficos corneales debidos a lesiones palpebrales son un hecho bien conocido, causando principalmente problemas astigmáticos y aberraciones que ocasionan una disminución de la calidad visual.

Presentamos un caso de una hipermetropía de gran magnitud y de aparición súbita causada por un chalazión y sus efectos en tomografía corneal, aberraciones corneales y espesor epitelial antes y después de su escisión quirúrgica.

Caso clínico: Mujer de 53 años que consultó por disminución de agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD) de 3 semanas de evolución.

La AV era de 0,4 (0,6 con estenopeico) en OD y 1 en ojo izquierdo (OI). El segmento anterior y la fundoscopia resultaron anodinos, exceptuando chalazión de 8 mm en el párpado superior derecho.

La refracción reveló una hipermetropía de +3 dioptrías (D) en OD. La tomografía corneal mostró un aplanamiento central con un poder corneal central de 41 D y paracentral inferior de 39,5 D. Se observó un adelgazamiento epitelial central focal de 38 μ m.

Dados los hallazgos se planteó como causa más probable de sus alteraciones corneales la presencia del chalazión, por lo que se decidió exéresis.

Al mes tras la cirugía presentó una regresión del defecto refractivo, recuperación del espesor epitelial, disminución de aberraciones, así como del poder corneal central siendo de 43 D. La AV en OD mejoró a 0,8 (1 con estenopeico).

Conclusión: Este caso pone en valor diferentes aspectos: la importancia de una buena exploración de los párpados y anejos como parte importante de la exploración del segmento anterior y la necesidad de exéresis precoz de chalaziones de gran tamaño previamente a una potencial remodelación del estroma corneal de más difícil manejo.

La remodelación corneal por chalazión puede causar disminución de agudeza visual de difícil corrección, incrementar el riesgo de ambliopía en población pediátrica e incluso inducir confusión en el cálculo de lente intraocular o errores en procedimientos refractivos.

CC-82

REACTIVACIÓN DE CITOMEGALOVIRUS TRAS CIRUGÍA DE CATARATAS

Alejandro Sánchez Molina, Paula Bañeros Rojas, Felipe Barroso Pérez, Elena López Tizón

Introducción: El citomegalovirus (CMV) es causa de endotelitis corneal en individuos inmunocompetentes, típicamente reactivándose tras alguna cirugía ocular. Desde el primer caso descrito en 2006 se han establecido criterios diagnósticos y estrategias de tratamiento basadas en series de casos. El hallazgo biomicroscópico (BMC) característico son precipitados queráticos en forma de moneda acompañados de edema epitelial.

Caso clínico: Varón de 64 años intervenido de cataratas en ojo derecho sin complicaciones con una agudeza visual (AV) de 1. Refiere visión borrosa y mala tolerancia a los corticoides tópicos 2 semanas tras la cirugía. La AV era de 0.4. La BMC mostraba edema epitelial y estromal difuso con pseudofaquia estable. Se sospechó patología herpética corneal y se pautó Valaciclovir oral 500 mg/12horas durante 2 semanas sin mejoría significativa. La PCR de humor acuoso fue negativa para CMV, VEB y VHS-1. Se aumentó la dosis de Valaciclovir a 1g/8horas durante 2 semanas más con empeoramiento por inicio de microbullas epiteliales corneales en la BMC. Dada la no respuesta terapéutica, se inició tratamiento empírico con Valganciclovir oral 900mg/12horas durante 3 semanas seguido de dosis profiláctica de 900mg/24horas, con mejoría progresiva del edema corneal y con una AV de 0.9, llegando al diagnóstico por exclusión.

Conclusión: La endotelitis por CMV supone un gran reto diagnóstico, ya que no existen ensayos clínicos en la literatura actual y las pruebas de microbiología en acuoso en muchas ocasiones son negativas. Además, presenta una tendencia alta al error en el diagnóstico, con hallazgos comunes a otras infecciones de superficie por otras subfamilias de herpesvirus, por lo que se llega al diagnóstico por exclusión en la mayoría de casos. Urge la necesidad de comparar nuevas opciones diagnósticas y terapéuticas para conseguir un mejor pronóstico visual, ya que el diagnóstico tardío puede conducir a una pérdida irreversible de la transparencia corneal.

CC-83

TRATAMIENTO CON STEM CELL PARA EL MANEJO DE NECROSIS CONJUNTIVAL EXTENSAS

Grozny Howell Huanca Ruelas, Pere Pujol Vives, Ferrán Mascaró Zamora, Emilio José Segovia Maldonado

Las stem cells (células madre mesenquimales), poseen propiedades regeneradoras y beneficiosas, actualmente utilizadas en diferentes ramas de la medicina. Las propiedades incluyen el potencial de diferenciación a otros tipos celulares, la secreción de diferentes factores tróficos, acciones antiinflamatorias. La necrosis conjuntival es una condición patológica que se da por falta de cicatrización y/o regeneración de la conjuntiva, siendo un desafío su manejo y tratamiento.

Se presenta el caso de un paciente varón de 63 años con antecedente de trasplante de médula ósea, diagnóstico de una úlcera neurotrófica secundaria a una enfermedad injertada contra huésped, en el cual se realizaron 2 queratoplastias penetrantes, y al recidivar el defecto epitelial corneal se le realizó un recubrimiento conjuntival (técnica de Gundersen), a los 10 días de operado presenta una necrosis total del colgajo conjuntival asociada a una necrosis de la zona donante de la conjuntiva. Se valora el caso y se realizan inyecciones subconjuntivas de Stem cell derivadas del adipocito, técnica de obtención de Stem cell de Coleman y Tonnard, asociado a un recubrimiento con membrana amniótica y Stem cell. La regeneración de tejidos se produjo a los 5 días, con una resolución y cierre completo del defecto epitelial conjuntival a los 15 días y corneal a los 29 días. Conclusión: la inyección subconjuntival de Stem cell es una técnica útil en el tratamiento de necrosis conjuntival.

CC-84

MICROCORIA CONGÉNITA: REPORTE DE 3 CASOS EN UNA FAMILIA

Ariana Fuentes Zamora, Pilar Merino Sanz, Julio Ruiz Batres, Pilar Gómez de Liaño Sánchez

Introducción: La microcoria congénita (MCOR) es una rara anomalía ocular congénita caracterizada por una pupila con un diámetro menor de 2 mm que no responde a los agentes midriáticos. MCOR puede presentarse de dos formas: autosómica recesiva sindrómica asociada al síndrome de Pierson y autosómica dominante aislada. Esta última asociada con una alta incidencia de miopía y glaucoma. Se han reportado un total de 160 casos de MCOR en el mundo. Estudios han identificado deleciones en la región 13q32.1 del cromosoma 13 que incluyen el gen GPR180, implicado en el crecimiento de células del músculo liso, como la causa subyacente de MCOR.

Casos clínicos: Se describe a 3 miembros de una familia que presentan MCOR debido a una deleción de 100kb en el brazo largo del cromosoma 13 que incluye al gen GPR180. Paciente masculino (13 años), diagnosticado a raíz de fotofobia. A la biomicroscopía presenta: pupilas puntiformes de 1 mm de diámetro, no reactivas a agentes ciclopléjicos y un iris sin criptas con retroiluminación positiva en la periferia. AV con -5 Dp es de 0.7 en ambos ojos. Longitud axial: 25,41 mm en OD y 25,07 mm en OI. PIO: 14/15 mmHg. La madre presenta un fenotipo ocular similar, con pupilas de 1,5 mm y 2 mm. La AV sin corrección es de 0,4 en OD y 0,7 en OI. En ambos, la gonioscopia muestra disgenesia del ángulo iridocorneal con procesos ciliares prominentes. Las ecografías oculares periódicas fueron normales. La abuela había sido operada de cataratas, pero previamente presentaba una miosis llamativa.

Conclusión: Realizar un diagnóstico precoz y un seguimiento continuo es esencial en el diagnóstico de las posibles complicaciones asociadas, especialmente la miopía progresiva y el riesgo de glaucoma. La miosis <2 mm imposibilita la visualización del fondo de ojo, la refracción objetiva y la OCT. La MCOR se asocia a anomalías del ángulo iridocorneal, por lo que se debe controlar la PIO y la gonioscopia en el seguimiento, así como ecografías oculares periódicas.

CC-85

DISTROFIAS HEREDITARIAS DE LA RETINA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA. SERIE DE CASOS CLÍNICOS

María Hernán Merino, Inés Sánchez Guillén, Julia Guirao Ávila

Introducción: Las distrofias hereditarias retinianas (DHR) son un grupo heterogéneo de enfermedades degenerativas y progresivas producidas por mutaciones genéticas.

Se presenta un estudio descriptivo de nueve casos de DHR en pacientes pediátricos.

Casos Clínicos:

— 2 casos de retinosquiasis foveal ligada al cromosoma X en hermanos varones de 8 y 10 años con gran heterogeneidad fenotípica.

— 1 caso de distrofia de conos y bastones (DCB) en una niña de 4 años con baja visión. El diagnóstico tan precoz ha sido posible mediante pruebas electrofisiológicas y estudio genético.

— 1 caso de albinismo ocular en una niña de 10 años con hipoplasia foveal bilateral. Los potenciales evocados visuales (PEV) muestran un entrecruzamiento excesivo de fibras a nivel del quiasma. La paciente es portadora heterocigota de una variante patogénica para el gen TYR.

— 1 caso de distrofia areolar central en un niño de 9 años con atrofia macular. El electroretinograma (ERG) multifocal se encuentra disminuido, siendo el anillo foveal el menos afectado.

— 2 casos de retinosis pigmentaria (RP). Una paciente con RP ligada al cromosoma X y un varón con RP autosómica dominante (AD) asociada a drusas papilares.

— 1 caso de Amaurosis Congénita de Leber (ACL) tipo 9 en un niño de 9 meses portador de dos variantes patogénicas distintas en el gen NMNAT1. En la retinografía se aprecia una lesión atrófica central conocida como coloboma macular.

— 1 caso de síndrome de Bardet-Biedl en una niña de 10 años. Pese a ser una distrofia sindrómica, la paciente únicamente presenta clínica oftalmológica compatible con RP.

Conclusión: Las DHR son un grupo de enfermedades que presentan grandes diferencias clínicas y genéticas, por lo que en ocasiones su diagnóstico resulta ser complejo.

La sospecha clínica y una correcta orientación de las pruebas complementarias son cruciales para el diagnóstico, informar sobre el pronóstico y las diferentes alternativas de tratamiento y ofrecer apoyo psicológico y consejo genético.

CC-86

ESCLEROTERAPIA EN QUISTE COLOBOMATOSO GIGANTE ASOCIADO A MICROFTALMIA SEVERA EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Leire Olazarán Gamboa, Ana Jiménez Alonso, Hugo González Valdivia, María Xirgu Llach

Introducción: La microftalmia asociada a quistes colobomatosos es una entidad muy poco frecuente. El tratamiento de los quistes asociados es variable, desde observación hasta cirugías complejas como exéresis quirúrgica, evisceración del microftalmos e implante orbitario primario, que puede realizarse en un acto o por fases dependiendo de la dimensión del quiste y de los abordajes necesarios. La escleroterapia con oleato de etanolamina, es una técnica mínimamente invasiva, segura y de bajo coste, que provoca el colapso del quiste junto con la fibrosis de sus paredes y la obliteración del lumen, sin alto riesgo hemorrágico. El objetivo es presentar un caso con microftalmia severa asociada a quiste colobomatoso gigante y su manejo mediante escleroterapia.

Caso clínico: Niño de origen magrebí de 13 años, sin antecedentes de interés, acude por deformidad ocular izquierda por mala posición palpebral y pérdida de visión. No percibe luz en dicho ojo. En biomicroscopía, se observa eversión palpebral inferior secundaria a quiste de gran tamaño ubicado inferior al esbozo de globo ocular, compatible con microftalmia severa. Tomografía computarizada de órbitas evidencia microftalmia izquierda con calcificaciones en su interior que se continúa con un quiste colobomatoso gigante de 23mm x 28mm x 28mm, nervio óptico izquierdo atrófico, asimetría orbitaria con aumento de órbita izquierda (34mm x 47mm x 41mm). Potenciales evocados visuales y electroretinograma confirman total abolición visual. Resto de pruebas descartan otros hallazgos. Se decide escleroterapia. Se aspiran 4 cc del contenido del quiste y se inyectan 2cc de oleato de etanolamina al 1,25%. En los controles, se objetiva disminución del 50% del quiste (13 mm x 14 mm x 14 mm).

Conclusiones: La escleroterapia con oleato de etanolamina al 1,25% supone una técnica mínimamente invasiva prometedora, segura y eficaz en pacientes con quistes colobomatosos de gran tamaño asociados a microftalmia.

CC-87

MANEJO DE LAS PARÁLISIS OCULOMOTORAS BILATERALES TRAS UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

Paula Talavero González, Rosario Gómez de Liaño Sánchez, Elena Hernández García, Javier García Bella

Introducción: Las parálisis oculomotoras bilaterales son de difícil manejo ya que los pacientes suelen presentar gran sintomatología y necesitar cirugías complejas.

Caso clínico: Varón de 73 años que consulta por tortícolis incapacitante. 25 años antes sufrió un accidente de tráfico con traumatismo craneoencefálico desencadenando un estado de coma temporal. Como consecuencia presentó hemorragia parietal posterior izquierda, hemorragia pontina izquierda, neuropatía óptica derecha, parálisis bilateral de los pares craneales (PC) III, IV, V, VI y IX y unilateral de los PC V y VII izquierdos.

A la exploración presenta tortícolis cabeza a la izquierda de 30 grados tanto en binocular como monocular fijando con el ojo izquierdo (OI). Fija mal con el ojo derecho (OD) por baja visión y déficit campimétrico. Presenta también en OD limitación de la aducción de -4, limitación de la elevación de -1 y nistagmo horizontal en abducción. En el OI limitación de la abducción de -6, limitación de la aducción de -2, limitación de la elevación de -1 y limitación de la depresión de -2 junto con ptosis bilateral y un leucoma corneal en OI.

Se realiza en OD una técnica de Nishida nasal, transponiendo el recto superior (RS) y el recto inferior (RI) al recto medio (RM) y un plegamiento del RM de 10mm. Y en el OI una técnica de Nishida temporal, transponiendo el RS y el RI al recto lateral (RL).

Tras un año de la cirugía presenta mínima inclinación de la cabeza a la izquierda y leve diplopía intermitente. Se intervino también de ptosis bilateral.

Conclusión: El procedimiento de Nishida puede ser una buena solución en casos de parálisis bilaterales complejas. Se eligió en este caso ya que no implica dividir ni desinsertar los músculos extraoculares, preservando así los vasos ciliares y reduciendo el riesgo de isquemia del segmento anterior, que era una preocupación particular en este paciente. La cirugía de recesión-resección no habría sido adecuada por la función muscular deficiente.

CC-88

RETINOPATÍA ASOCIADA A CÁNCER: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sergio Inat Moreno, Cristóbal Andrés Neira Fonseca, Romana García-Gil, Patricia Udaondo Mirete

Introducción: La Retinopatía Asociada a Cáncer (RAC) es un síndrome paraneoplásico visual infrecuente en el que se produce una degeneración de los fotorreceptores de la retina mediada por linfocitos B contra antígenos específicos de la retina compartidos con un tumor coexistente.

Caso clínico: Mujer de 53 años con carcinoma de ovario seroso papilar que acude a urgencias de Oftalmología por un defecto temporal en el Campo Visual (CV), fotopsias y nictalopía en el ojo derecho desde hacía 5 días. A la exploración, la máxima agudeza visual corregida fue 20/20 en ambos ojos, pupilas isocóricas normorreactivas y resto de exploración normal. Se le realizó un CV Humphrey, observándose un escotoma concéntrico bilateral. La tomografía de coherencia óptica (OCT) reveló un adelgazamiento marcado de las capas retinianas externas y la autofluorescencia (FAF) una hiperfluorescencia en la retina media-periférica, más notable en el área perivascular. Se solicitó un electroretinograma, el cual mostró una disfunción asimétrica de conos y bastones. Ante los hallazgos clínicos y la historia de cáncer de ovario, se hizo el diagnóstico de CAR. Se inició tratamiento con corticosteroides a dosis altas, inmunoglobulinas y Rituximab, logrando una mejora de los fenómenos visuales, estabilización de la agudeza visual y detención del daño retiniano en la OCT y FAF después de 3 meses de seguimiento.

Conclusiones: La RAC es una entidad poco frecuente que se debe sospechar en pacientes en los que no se identifica causa aparente de pérdida de la AV tanto si presentan como si no antecedentes de cáncer. En general, el pronóstico es incierto, por lo que aún es necesario comprender mejor la enfermedad. Se deben realizar más estudios para mejorar las pruebas diagnósticas y definir un manejo específico que pueda preservar o incluso restaurar la visión.

CC-89

RETINOPATÍA PURTSCHER-LIKE EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Inés Marinho Matos Morgado, Keissy Joselín Jesús Sousa, Gil Calvão Santos, Rita Gentil Cerquinha Ribeiro

Introducción: La retinopatía de Purtscher, frecuentemente asociada a traumatismo previo, y caracterizada por parches de retina isquémica y hemorragias retinianas, también se puede asociar a otras entidades patológicas, llamándose retinopatía Purtscher-like. La retinopatía asociada al lupus eritematoso sistémico (LES) se presenta como una retinopatía hipertensiva, con hemorragias retinianas e infartos bilaterales de las fibras nerviosas, habitualmente en pacientes con vasculitis.

Caso clínico: Mujer de 29 años, sin antecedentes clínico-patológicos de interés, que acude a urgencias por pérdida de visión aguda bilateral - contar dedos.

La retinografía demostró parches blanquecinos bilaterales y hemorragias. La OCT, hiperreflectividad de capas interna y media y edema macular quístico (EMQ). La angiografía demostró afectación macular con exudación tardía, asociada al EMQ, y confirmó isquemia retiniana profunda, mayor en el ojo derecho. Tras estudio sistémico, se diagnosticó la paciente de LES. En consulta interespecialidades, se inició tratamiento sistémico con rituximab e intravítreo con dexametasona y aflibercept.

Seis meses después, la visión se mantuvo con aflibercept Q12w para evitar la neovascularización. Se resolvieron los parches blanquecinos retinianos, aunque el fondo de ojo siguió isquémico. La OCT demostró isquemia y atrofia de capas internas, pero el EMQ se resolvió. Se evitó el láser periférico para evitar la pérdida de campo visual periférico.

Conclusión: La retinopatía Purtscher-like es una entidad rara que puede ocurrir en pacientes con patología sistémica, siendo excepcionalmente una causa de diagnóstico de la enfermedad. Su diagnóstico y manejo precoz es importante para el pronóstico, aunque su tratamiento todavía no se encuentra protocolizado.

CC-90

OBSTRUCCIÓN DE ARTERIA CILIORRETINIANA Y TROMBOSIS VENOSA CENTRAL COMBINADAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Raquel Maroto Cejudo, M.^a de los Ángeles González Garrido, Miguel Ángel Gallego Domingo, Ricardo Menoyo Calatayud

Introducción: La oclusión combinada de vena central y arteria ciliarretiniana es una entidad clínica poco frecuente. A continuación, describimos un caso en el que la oclusión arterial precede a la venosa y cómo la comorbilidad sistémica marca la evolución posterior.

Caso clínico: Varón de 69 años con antecedente de neoplasia pulmonar controlada que acude a urgencias por episodios de pérdida de visión con ojo derecho (OD) autolimitados, de dos días de evolución. A la exploración, la agudeza visual (AV) es de cuenta dedos a un metro. En la funduscopia se observa tortuosidad vascular y palidez del haz papilomacular con engrosamiento de capas internas retinianas en dicha zona en la tomografía de coherencia óptica (OCT), siendo la angiografía fluoresceínica normal. Se realiza estudio sistémico que no revela hallazgos significativos salvo detección de anticuerpos IgM anticardiolipina positivos, por lo que se decide antiagregación y vigilancia. Tras dos meses asintomático, vuelve a consultar por disminución visual, presenciándose trombosis venosa central en OD con edema macular asociado. En este momento, se decide tratamiento con aflibercept intravítreo en pauta «treat and extend» con buena respuesta visual y estructural macular inicial. Posteriormente, a lo largo de los meses presenta retrombosis retiniana así como trombosis sistémica asociada a embolismo pulmonar, requiriendo intensificación del tratamiento. Se observa además progresión de la neoplasia de base y nuevamente anticuerpos IgM anticardiolipina positivo.

Conclusión: En el caso descrito de oclusión combinada de arteria ciliarretiniana y vena central de la retina, el patrón pretrombótico nos debe llevar a hacer un estudio sistémico más exhaustivo para investigar un factor subyacente que puede ser origen de los mismos, como se sospecha en este caso síndrome antifosfolípido o un origen tumoral. Para la prevención de nuevos eventos es fundamental el control de los factores de riesgo cardiovasculares subyacentes.

CC-91

HIPERTENSIÓN OCULAR TRAS CIRUGÍA DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA EN PACIENTE CON ENDOFTALMITIS

Victoria Miralles Martínez, M.^a Ángeles Perea Riquelme, M. Gabriela Cabrera Jara, Juan Antonio Miralles de Imperial Ollero

Introducción: La incidencia de desprendimiento de retina (DR) tras endoftalmitis puede ser de hasta un 25%. Sin embargo, la hipertensión ocular (HTO) postoperatoria a cirugía de DR es una complicación infrecuente. No hemos encontrado casos de HTO en pacientes intervenidos por DR post-endoftalmitis.

Caso clínico: Paciente de 63 años que acude por dolor y pérdida de visión en ojo izquierdo (OI). Se había intervenido 10 días antes de facoemulsificación e implante de lente intraocular en OI. Se observa agudeza visual (AV) de movimiento de mano, edema corneal microquístico, fibras vítreas en la incisión principal, membrana iridociclítica, hipopion y Tyndall intenso. Se diagnostica endoftalmitis aguda en OI, se extrae muestra de humor acuoso en la que se aísla *Staphylococcus epidermidis* sensible. Se aplican ceftazidima y vancomicina IV y se inicia tratamiento con colirios de antibióticos reforzados. Durante el seguimiento alcanza AV de 0.7. Un mes después aqueja pérdida de visión, con una AV de 0.2. En el fondo de ojo se aprecia un DR inferior mácula off. Se realiza cirugía con cerclaje escleral (CE) y VPP, pelado de membranas epirretiniana y limitante interna, y fotocoagulación de desgarro retiniano a las VI, dejando C3F8 en cámara vítrea. En el postoperatorio presenta HTO de 40 mmHg que no disminuye con tratamiento tópico y sistémico máximo, por lo que se retiran los corticoides y se libera la tensión del CE. Actualmente el paciente tiene una AV de 0.4 y PIO controlada con tratamiento tópico antiglaucomatoso.

Conclusiones: El desarrollo de DR tras endoftalmitis se ha asociado a la inflamación en cavidad vítrea y al uso de inyecciones IV y VPP. El mecanismo fisiopatológico de la HTO no está claro, siendo posibles causas la asociación del proceso inflamatorio previo, la combinación de CE con taponamiento con gas, y pacientes respondedores a corticoides. Debe realizarse un seguimiento estrecho por la complejidad del proceso inflamatorio y el alto riesgo de redespndimiento.

CC-92

BROTE DE ENDOFTALMITIS NO INFECCIOSA. A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS

Pablo Navarro Martínez, Álvaro Piñero Sánchez, Pedro Enrique Navarro López de Teruel, César Azrak Haskour

Introducción: Uno de los efectos adversos más graves de la terapia intravítrea es la endoftalmitis. Para prevenirlo se debe tomar una serie de medidas preventivas encaminadas a evitar la entrada de agentes infecciosos en el globo ocular, pero existen casos de endoftalmitis estériles cuya causa puede ser multifactorial.

Casos clínicos: Presentamos 16 ojos que fueron tratados con terapia intravítrea (15 aflibercept, 1 ranibizumab) que a las horas de la inyección presentaron miodesopsias y pérdida de visión. Todos estos pacientes tenían en común: inyección de anti-VEGF en jeringa cargada por parte del servicio de farmacia en 2 días consecutivos y vitritis de distinto grado. Ante la sospecha de endoftalmitis se inició dexametasona + moxifloxacino tópico en todos los pacientes, antibióticos intravítreos en los que presentaban una vitritis moderada, y vitrectomía en aquellos casos de vitritis severa. En ningún caso se detectó crecimiento de patógenos en los cultivos. Durante el seguimiento, se advirtió la presencia de burbujas de aspecto oleoso en cámara vítrea. Ante la sospecha de liberación de partículas de silicona procedentes de la jeringa, se procedió a realizar un análisis visual del aspecto del medicamento contenido en la jeringa exponiendo esta a diferentes condiciones de conservación observándose mayor turbidez del fluido y presencia de burbujas de silicona en las jeringas sometidas a mayores temperaturas y a traumatismos de repetición. La mayoría de los pacientes recuperaron su visión previa a la inyección. Como complicaciones, hubo un desprendimiento de retina y un caso de opacidades vítreas severas que requirió vitrectomía.

Conclusión: La adecuada preparación del tratamiento intravítreo disminuye la posibilidad de presentar complicaciones. Se deben evitar su manipulación y el uso de materiales que liberen partículas que puedan quedar retenidas dentro del ojo. Este tipo de endoftalmitis parecen tener un curso más benigno que aquellas de etiología infecciosa.

CC-93

VASCULOPATÍA COROIDEA POLIPOIDAL VS DISTROFIA PSEUDOINFLAMATORIA DE SORSBY: DILEMA DIAGNÓSTICO

Sergio Obiol Ferrando, Javier Garulo Nicolás, Patricia Bayo Calduch, Álvaro Andrés Ojeda Parot

Introducción: La vasculopatía coroidea polipoidea (VCP) se caracteriza por presentar una red vascular coroidea anómala con pólipos en área macular o perimacular y exudación. Se diagnostica mediante angiografía con verde indocianina (AVI), mostrando pólipos como áreas de hiperfluorescencia. La tomografía de coherencia óptica (OCT) permite identificar fluido subretiniano (FSR) y delimitar lesiones polipoideas. Uno de sus tratamientos son las inyecciones intravítreas (ITV) de anti-VEGF. La distrofia de Sorsby muestra una degeneración macular bilateral con afectación del EPR y depósitos basófilos en membrana de Bruch. La AVI muestra disminución de la fluorescencia macular central en fase tardía y la OCT un aumento de la reflectividad del EPR y presencia de hemorragias subretinianas o edema asociado con el desarrollo de membranas neovasculares (MNV). Los anti-VEGF son una eficaces para el tratamiento de estas MNV.

Caso clínico: Varón de 53 años acude por disminución de agudeza visual (AV) de 4 meses de evolución. La AV es de 0,15 en ojo derecho (OD) y 0,05 en ojo izquierdo (OI). La biomicroscopía fue normal. El fondo de ojo (FO) muestra en ambos ojos (AO) una lesión blanquecina en polo posterior con abundantes exudados circinados concéntricos y acúmulos pigmentarios predominantes en OI. La OCT revela FSR, fibrosis subretiniana y tubulaciones. La angiografía fluoresceínica (AGF) muestra extravasación macular profusa en fase arterial y venosa. Ante la duda diagnóstica, se decide administrar aflibercept intravítreo mensual. Tras la sexta dosis se objetiva AV de 0,4 en OD y 0,1 en OI. En el FO se aprecia una disminución de los exudados, así como del FSR en la OCT.

Conclusión: La VCP y la distrofia de Sorsby pueden asemejarse clínicamente y mejorar con ITV de anti-VEGF. En caso de duda diagnóstica, la AVI sería superior a la OCT para establecer el diagnóstico, así como la determinación genética del gen TIMP3 diagnóstica del Sorsby.

CC-94

TRATAMIENTO DE LA AFAQUIA CON TÉCNICA DE YAMANE: 7 CLAVES PARA EL ÉXITO

Eduardo Manuel Pastenes Zhilin, Rodrigo del Río Zegarra, Marina Rodríguez Andrés, Juan Ignacio Arthur Martínez

Introducción: Desde su introducción en 2016, la técnica de Yamane ha mostrado ser una alternativa valiosa en pacientes con falta de soporte capsular. Este trabajo resume consejos esenciales, especialmente para cirujanos principiantes.

Técnica quirúrgica:

1. Elegir la Lente Intraocular (LIO). Consideramos que la CT Lucia 202 ofrece ventajas por la resistencia de sus hápticos de PVDF a la manipulación, especialmente al iniciarse. Preferimos calcular con SRK/T debido a su menor dependencia de la profundidad de cámara anterior, aunque no hay evidencia que respalde una fórmula particular. Se sugiere buscar una miopía residual de -0,75 a -1,00D.

2. Mantener el Tono Ocular. El uso de una línea de infusión vía pars plana o un mantenedor de cámara anterior facilitan las maniobras.

3. Asociar una Vitrectomía Adecuada. Recomendamos vitrectomía pars plana para prevenir complicaciones, o al menos una vitrectomía anterior amplia.

4. Crear Esclerotomías Adecuadas. Deben ser simétricas, centradas y enfrentadas. Consideramos que las agujas TSK Thin-Walled de 30G son superiores a las convencionales de 27G (el lumen de las agujas convencionales de 30G es insuficiente y no deben emplearse).

5. Vigilar el Ángulo de Ataque del Bisel. Rotar la aguja para que el canal del bisel se enfrente a la punta del háptico facilita la maniobra de acople y deslizamiento.

6. Enterrar los Hápticos. Es crucial para evitar erosiones y exposiciones indeseadas. No se debe cauterizar un flange abultado que dificulte enterrarlo en esclera.

7. Reforzar la Unión Háptico-Óptica. En rotaciones tardías de la unión háptico-óptica, se ha descrito el uso de endoláser para su fijación. Sugerimos aplicar la misma técnica de manera profiláctica, optimizando así la estabilidad estructural de la LIO, especialmente en pacientes jóvenes.

Conclusión: La técnica de Yamane es una opción atractiva en ausencia de soporte capsular. Las recomendaciones anteriores pueden ayudar a optimizar los resultados y la curva de aprendizaje.

CC-95

AGUJERO MACULAR DE ESPESOR COMPLETO SECUNDARIO A ENFERMEDAD DE COATS CON MEJORÍA ESPONTÁNEA

Kincso Napsugár Pósa, Marta Alonso Plasencia

Introducción: La enfermedad de Coats es una vasculopatía retiniana idiopática y exudativa poco frecuente, que en raras ocasiones, puede presentarse después de la segunda década de la vida. Las telangiectasias y los exudados son los principales signos de esta enfermedad, y a pesar de que la enfermedad de Coats no destaca por su componente traccional, mostramos un caso que se complicó por la aparición de un agujero macular de espesor completo.

Caso clínico: Varón de 44 años que es remitido en octubre de 2021 por sospecha de formación melánica en el ojo izquierdo. Como antecedentes figuraba una discapacidad desde el nacimiento debido a hipoxia cerebral durante el parto. Presentaba una agudeza visual mejor corregida de 1.0 en ojo derecho (OD) y 0.2 en ojo izquierdo (OI), y un fondo de ojo donde se apreciaba en la retina temporal inferior dos lesiones exofíticas periféricas, rodeadas por retina con pigmento. Más cerca de la mácula, presentaba una exudación en circinada amplia y densa con hemorragias intrarretinianas y teleangiectasias. En la ecografía ocular destacaron lesiones hiperreflectivas con gran sombra acústica posterior. En la angiografía fluoresceínica, se vieron dilataciones vasculares con exudación alrededor junto a una isquemia leve en periferia temporal inferior. Se llegó al diagnóstico de sospecha de alteración vascular en el espectro de una enfermedad de Coats. En los meses de espera a la resonancia magnética orbitaria se detectó disminución de la exudación macular, quedando extrafoveal y fibrosis de las lesiones periféricas. Ante la mejoría, el paciente decide observación sin tratamiento, manteniéndose estable, hasta abril del 2024 donde acude por mayor pérdida visual en OI siendo esta de 0.001, y apreciándose un agujero macular.

Conclusión: El agujero macular es una complicación rara de la enfermedad de Coats en regresión pero puede ocurrir por un aumento de la tracción tangencial tras la mejoría de la exudación.

CC-96

DESPRENDIMIENTO SEROSO DE RETINA EN PREECLAMPSIA Y SÍNDROME DE HELLP

Christian Marcel Reyes Pacheco, Isabel Izquierdo Millán, Paola Gioconda Rivera Balza

Introducción: El desprendimiento seroso de retina (DSR) es una complicación ocular poco común de la preeclampsia y eclampsia.

Caso clínico: Mujer de 39 años, sin antecedentes patológicos, gestante de 35 semanas con diagnóstico de muerte fetal intraútero, inicia con hipertensión arterial, cefalea, náuseas y visión borrosa y «amarillenta» tras inducción del parto. Tomografía y resonancia de cráneo sin alteraciones. Exploración neurológica sin alteraciones. Se establece diagnóstico de preeclampsia severa con síndrome de HELLP. A la exploración oftalmológica agudeza visual (AV) ojo derecho (OD) 1, ojo izquierdo (OI) 0.8. Fondo de ojo (FO) abundantes pliegues subretinianos dispersos en polo posterior, manchas de Elschnig periféricas, no signos de retinopatía hipertensiva, papilas normales. Resto sin alteraciones. Tomografía de coherencia óptica (OCT) macular: desprendimiento neurosensorial (DNS) con fluido y depósitos hiperreflectivos subretinianos, irregularidad del epitelio pigmentario de la retina (EPR) bilateral. Tras tratamiento conservador durante 3 meses se evidencia AV OI 1, FO sin alteraciones. Autofluorescencia con lesiones residuales hiperautofluorescentes puntiformes dispersas.

Conclusión: Los DSR son usualmente bilaterales. Ésta complicación ocurre en <1% de pacientes con preeclampsia, siendo más frecuente en preeclampsia severa y eclampsia, con ausencia de anomalías vasculares retinianas. Se sospecha que la filtración de angiotensina 2 hacia intersticio coroideo, con daño a la barrera hematorretiniana e isquemia secundaria del EPR, produce opacificaciones amarillentas y/o disfunción de la bomba de fluido, permitiendo la acumulación de fluido subretiniano, causando isquemia primaria de la coriocapilar por vasoespasmo. La reducción de AV se suele resolver en su totalidad en el período posparto tras algunas semanas. Actualmente el único tratamiento efectivo es el parto inmediato.

CC-97

TOXICIDAD POR COLORANTE Y LUZ EN CIRUGÍA DE MER

José Luis Sánchez Vicente, Sergio del Valle Buzón, Bosco González-Jáuregui López, Ana Cristina Martínez Borrego

Introducción: El uso de colorantes vitales durante la cirugía de vítreo y retina está ampliamente extendido para facilitar la visualización de estructuras. A pesar de que los colorantes de última generación han demostrado un buen perfil de seguridad, existen algunos casos descritos de toxicidad sobre el epitelio pigmentario (EPR) y la retina neurosensorial.

Caso clínico: Varón de 62 años sometido a vitrectomía pars plana a través de 3 trócares 25G para pelado de membrana epirretiniana (MER) grado II de su ojo izquierdo por disminución de agudeza visual (AV) (0,5 en escala decimal) y presencia de metamorfopsias. El pelado de la membrana limitante interna (MLI) y la MER fue asistido por colorante Membrane Blue Dual (MBD), con una mezcla de Azul Dual y Azul Brillante.

A las 3 semanas de la cirugía, la AV mejoró a 0,7, sin embargo, el paciente refería un escotoma paracentral. La exploración de fondo de ojo mostró un área bien delimitada de retina de color amarillento temporal a la fóvea. La autofluorescencia de fondo mostró áreas de hipo e hiperautofluorescencia confirmando el daño en el EPR y la retina externa. La tomografía de coherencia óptica (OCT) mostró un engrosamiento irregular del EPR y una pérdida de las capas de la retina externa. En la OCT-Angiografía pudimos visualizar una isquemia de la coriocapilar en el área afectada. Por último, la angiografía fluoresceínica mostró un área bien definida de hipo e hiperfluorescencia correspondiendo con hipertrofia y atrofia del EPR respectivamente.

Conclusiones: Como consejos para evitar este tipo de complicaciones recomendamos poner un gran cuidado para no producir roturas iatrogénicas retinianas, evitar la re-exposición al colorante mediante tinciones repetidas de ILM y ERM, disminuir en lo posible el tiempo de tinción y el tiempo quirúrgico en general, y evitar el uso del endolimunador en las proximidades de la superficie retiniana, manteniendo una distancia segura.

CC-98

OBSTRUCCIÓN INTRAQUIRÚRGICA DE ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA DURANTE VITRECTOMÍA CON ANESTESIA PERIBULBAR

Sofía Uncetabarrenechea Larrucea, José Antonio Sánchez Aparicio, María Aramberri Araiz

Introducción: La anestesia retrobulbar ha sido sustituida en numerosos hospitales por otras variantes debido al elevado riesgo complicaciones, destacando entre ellas la obstrucción de arteria central de la retina.

Para reducir la incidencia de eventos adversos, otras técnicas como la peribulbar, la subtenoniana, la intracamerular o la anestesia tópica han cobrado importancia. Sin embargo, a pesar de ser modalidades más seguras que la primera mencionada, se han descrito numerosos contratiempos tras su uso.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 76 años de edad diagnosticada de cataratas y tratada mediante facoemulsificación en su ojo izquierdo. Durante la cirugía se produce una rotura de la cápsula posterior con luxación a vítreo de fragmentos fásquicos, por lo que se decide realizar una vitrectomía vía pars plana (VPP) para extraer los fragmentos del cristalino y colocar una nueva lente intraocular. Previo a la vitrectomía se administra una inyección peribulbar de lidocaína al 2% y bupivacaína al 0.5% (6ml), con posterior compresión del globo ocular con balón durante 5 minutos.

Durante la VPP se objetiva en el fondo de ojo una palidez y edema papilar, así como palidez retiniana generalizada, mancha rojo cereza macular y segmentación de todo el árbol arterial retiniano. Se completa la cirugía con éxito y, en el primer día del postoperatorio se evidencia en el fondo de ojo una recuperación completa de la vascularización retiniana.

Conclusión: La anestesia peribulbar, a pesar de considerarse más segura que la retrobulbar, no queda exenta de riesgos, entre ellos el de obstrucción de arteria central de la retina.

Se han descrito diversos tratamientos, la mayoría médicos, aunque ciertos autores apuntan a que el pelado de la hialoides posterior podría ayudar a resolver el cuadro. Si esto ocurriera durante el periodo de tolerancia retiniana a la isquemia se podría llegar a objetivar una recuperación completa de la circulación retiniana sin secuelas posteriores.

CC-99

VER O NO VER, ¿UNA CUESTIÓN DE INMUNOCOMPETENCIA?

Juan Pablo Valverde Aldana, Olga Cejudo Corbalán

Introducción: Revisión de dos casos de necrosis retiniana aguda (NRA). Esta es una manifestación grave de la infección por citomegalovirus, virus varicela zoster (VVZ) y herpes simplex. Se da por reactivación viral. Se manifiesta con disminución de agudeza visual (DAV) y dolor, debido a inflamación en la cámara anterior (CA), vítreo y retina. Puede llevar a pérdida significativa de visión, desprendimiento de retina (DR) o compromiso contralateral. Suele asociarse a inmunodepresión.

Casos Clínicos: Varón de 26 años sin antecedentes personales (AP) de interés con cuadro unilateral de DAV y molestias de días de evolución. Se aprecia reacción inflamatoria en CA y en fondo de ojo (FO) hemorragias en llama, envainamiento vascular, zonas de necrosis en polo posterior (PP) y vitritis. Se sospecha panuveítis por NRA. Se comienza tratamiento empírico endovenoso con aciclovir y toma de muestras de humor acuoso (HC) y PCR, confirmando VVZ. Se añade aciclovir intravítreo semanal y corticoterapia. Debido a posterior DR, procede vitrectomía y colocación de aceite de silicona. Se da rebrote de panuveítis tras bajada de corticoterapia oral. En seguimiento con aciclovir oral y corticoterapia descendente, con baja agudeza visual (AV).

Mujer de 35 años sin AP con cuadro unilateral de DAV de días de evolución. Se objetiva en FO zonas de edema y hemorragias retinianas periféricas sugestivas panuveítis en contexto de posible NRA con respeto de PP iniciando ganciclovir endovenoso. Se confirma VVZ tras PCR. Se inicia tratamiento con 3 dosis de ganciclovir intravítreo y corticoterapia. Tras ello conserva AV, con lesiones atróficas estables y fibrina en vítreo sin tracciones vítreo-maculares, respetando mácula y nervio óptico. Actualmente con valaciclovir y corticoterapia orales, sin mayores complicaciones y buena AV.

Conclusiones: Es importante recordar que la NRA puede darse en pacientes inmunocompetentes, y de no detectarse a tiempo conduce a graves secuelas con pérdida de AV.

CC-100

DISTROFIA MACULAR OCULTA, UN RETO DIAGNÓSTICO

Marta Vicente Antolín, María Moreno López

Introducción: Presentamos el caso de una mujer joven que consulta por la aparición progresiva de un escotoma lineal fijo en ojo derecho, sin otros antecedentes de interés.

Caso clínico: Mujer de 32 años que presentaba percepción de escotoma fijo de una característica forma lineal en su ojo derecho de un año de evolución. No presentaba antecedentes oftalmológicos ni sistémicos de interés y, según refería, nadie en su familia estaba afecta de patología oftalmológica alguna. La aparición de dicho escotoma no se correlacionó con pérdida de agudeza visual, ni miodesopsias, fotopsias o metamorfopsias. En la exploración física se evidenció una agudeza visual de la unidad en ambos ojos, un segmento anterior, una presión intraocular y un fondo de ojo rigurosamente normales. En la OCT de dominio espectral, se observó una desdiferenciación relativa de la capa de elipsoides y una disrupción de la capa de la zona de interdigitación únicamente en el ojo afecto; por lo cual se le solicitaron las siguientes pruebas complementarias: una campimetría 10-2 central que resultó normal y un electroretinograma multifocal presentó un característico valle central. Por consiguiente, se consideró la distrofia macular oculta como primera sospecha diagnóstica para dicha paciente y se siguió su caso en consultas de retina y vítreo.

Conclusiones: La distrofia macular oculta supone un reto diagnóstico en pacientes con pérdida inespecífica de agudeza visual y escotoma no atribuible a otras causas retinianas, dada su desconocida prevalencia y la sutileza de su presentación clínica. Precisamente esta caracterización como reto diagnóstico se incrementa cuando no existen antecedentes familiares de esta enfermedad, dada su naturaleza autosómica dominante. Las pruebas complementarias son de inestimable ayuda para sospechar y seguir la evolución de esta entidad.

CC-101

NÓDULO ESCLERAL FOCAL: SERIE DE CASOS CLÍNICOS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Javier Villagrà Lecuona, José Vicente Dabad Moreno

Introducción: El nódulo escleral focal (NEF), originalmente nombrado coroiditis unifocal helioide, luego como coroiditis solitaria idiopática; es una lesión benigna amarilla o blanca, redondeada y postecuatorial que se origina en la esclera, de etiología desconocida. No produce síntomas ni requiere tratamiento, su importancia radica en el diagnóstico diferencial con otras lesiones como el melanoma amelanótico, el osteoma coroideo o las metástasis.

Casos clínicos: Presentamos una serie de cinco pacientes diagnosticados de NEF atendidos en nuestro centro. Los pacientes, con edades comprendidas entre 44 y 75 años, presentaban una lesión unilateral solitaria amarillenta, sin dolor ni afectación visual. El hallazgo se dio en un examen rutinario en 2 pacientes, como sospecha de osteoma coroideo y melanoma amelanótico en otros 2, y como segunda opinión de otro centro de lesión coroidea subfoveal. En todos los casos se realizó funduscopy, OCT HD y retinografías con autofluorescencia.

El diagnóstico de NEF se estableció mediante criterios clínicos y OCT, excluyendo otras etiologías como infecciones, procesos inflamatorios sistémicos y tumores. El manejo consistió en observación y seguimiento regular. En todos los pacientes, el NEF ha permanecido estable en tamaño y características durante el período de seguimiento: media 24 meses (5-34 meses), sin requerir ninguna intervención.

Presentamos imágenes de casos similares de otras patologías que se incluyen en el diagnóstico diferencial.

Conclusión: El NEF es una patología poco frecuente que se presenta típicamente una masa indolora y estable, sin impacto en la visión. Con características definitorias y origen en esclera mediante OCT. Es importante un correcto diagnóstico diferencial que nos evite sobretratamientos y descartar lesiones graves como el melanoma amelanótico o las metástasis. La evidencia actual al igual que la evolución de nuestros casos señala ausencia de crecimiento y la observación como actitud más adecuada.