

COMUNICACIONES EN PANEL



Libro de Resúmenes

CPCC-001

ESTUDIO IN VIVO DE UN NUEVO TIPO DE LENTE DE FIJACIÓN ESCLERAL (CARLEVALE®)

Jorge Duque García, José Javier San Román Llorens, Lourdes Salgueiro Tielas, Nélida Muñoz Sanz

Propósito: Estudiar los resultados refractivos, posicionamiento in vivo mediante biomicroscopía ultrasónica anterior (BMU) y complicaciones de la lente de fijación escleral tipo Carlevale®.

Método: Estudio retrospectivo que incluye a seis pacientes tratados de afaquia con implante de lente intraocular de fijación escleral (Carlevale®) intervenidos en la Fundación Jiménez Díaz, en el transcurso del año 2022 con al menos un año de seguimiento. Se realizó una exploración completa recabando la mejor agudeza visual corregida (MAVC), autorrefractómetro, graduación subjetiva, recuento endotelial (RE), tomografía de coherencia óptica macular (OCTm), topografía corneal, biomicroscopía ultrasónica anterior (BMU) y lámpara de hendidura en sus revisiones rutinarias.

Resultados: Presentamos 6 pacientes, con una edad media de 67,5 años [rango 34-90], 5 ojos izquierdos y 1 ojo derecho. La MAVC previa estaba en el rango de movimiento de manos (MM) a 0.7 y postquirugía entre MM a 1.0. No cambios en el astigmatismo significativos. El RE presenta un conteo variable desde 1418 hasta 2653 células/mm sin observar una pérdida significativa. En la OCTm no se observó edema macular postquirúrgico. En la BMU, encontramos un posicionamiento adecuado del 100% de los pacientes en el eje horizontal, con tilt menor de 5° y un tilt vertical de entre 10 y 20° en 4 casos.

Conclusiones: Las lentes de fijación escleral (Carlevale®) son una muy buena opción para pacientes que no puede optar a otros tipos de lente debido una falta de soporte zonular o una falta de saco capsular. Suelen presentar buenas agudezas visuales, a excepción de los casos donde presentasen patologías previas o nuevas, sin relación con la colocación de la lente. A pesar del leve tilt vertical que se ha encontrado en el estudio in vivo, este no afecta a la agudeza visual y a los resultados refractivos del paciente. No se observaron complicaciones relevantes ni intraoperatorias ni postquirúrgicas.

CPCC-002

¿SON COMPARABLES LOS RESULTADOS BIOMÉTRICOS DEL IOL MASTER 500[®] CON LOS DEL SS-OCT ANTERION?

José Fernández-Vigo López, Ana Macarro Merino, Virginia Albitre

Propósito: Estudiar la concordancia entre el cálculo de la biometría mediante el IOL master 500[®] y el Anterion[®].

Material y método: Se estudian 51 ojos consecutivos pertenecientes a 28 pacientes a los que se ha operado de catarata. A todos ellos se les ha realizado biometría mediante el IOL máster 500 y Anterion. Se utilizan las fórmulas SRKT y HAIGIS.

Se valoran los siguientes parámetros: longitud axial (ALX), queratometría, potencia de la lente calculada, lente implantada (LIO), equivalente esférico residual al mes de la cirugía, según lo cual se define cual es el aparato que más se ha acercado a la emetropía en el cálculo de la lente.

Resultados: El ALX medio es $23,57 \pm 1,13$ mm y $23,55 \pm 1,13$ mm para IOL master y Anterion respectivamente. Teniendo en cuenta la fórmula SRKT, en el 34,62% de las biometrías el Anterion da más potencia de lente que en el IOL master, siendo esa diferencia mayor de 1dp en el 11%. En el 5,77% de los casos el IOL master da una potencia mayor, pero solo 0,50 dioptrías de diferencia. En el 59,62 % coinciden los dos aparatos en la medida. Del 40,39% de medidas que no coinciden ambos aparatos, analizamos cual se ha acercado más a la emetropía: en el 65% de los casos (13 de 20 ojos) el IOL Master, en 25% (5 de 20 ojos) el Anterion y en el 10% (2 de 20 ojos) ambos aparatos obtienen el mismo resultado.

Conclusiones: El IOL master 500 nos ofrece un cálculo de la lente muy fiable respecto a un aparato tan novedoso como el Anterion. Sería interesante ampliar este estudio a otras fórmulas biométricas que necesitan de otras medidas que nos aporta el Anterion y no el IOL Master.

CPCC-003

ANÁLISIS BIOMÉTRICO SWEPT-SOURCE DE 34.589 OJOS CON CATARATA: DESCRIPCIÓN DE PARÁMETROS Y DIFERENCIAS ENTRE SEXOS

Francisco Javier Castro Alonso, Marta Jiménez García, Francisco J Segura Calvo, Rubén Hernández Vián, Galadriel Giménez Calvo, Martín Puzo Bayod

Propósito: Analizar la distribución poblacional de parámetros biométricos oculares obtenidos mediante tecnología Swept Source, en pacientes programados para cirugía de catarata, y establecer las diferencias entre ambos sexos.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo monocéntrico, realizado en una unidad de alta resolución en cirugía de catarata. Los datos se adquirieron con el biómetro IOLM 700 (Zeiss). Se utilizaron modelos lineales mixtos, que permiten analizar datos agrupados y tienen en cuenta la correlación inter-ocular y son robustos incluso en distribuciones asimétricas no normales. El límite de significación fue 0.05.

Resultados: Se incluyeron 34589 ojos de 20004 pacientes, sin cirugía corneal previa. Las mujeres (57% del grupo), mostraron un diámetro corneal más pequeño ($\Delta WTW = -0.19$ mm) y ojos con longitud axial (LA) más corta. Esta diferencia en LA ($\Delta AL = -0.53$ mm) se corresponde a 0.14 mm del segmento anterior y 0.39 mm del posterior (todos con $p < 0.0001$). Aunque estadísticamente significativas ($p < 0.0001$), las diferencias de 0.02 mm en el grosor del cristalino y de 5 μ m en el grosor corneal central carecen de relevancia clínica. Se encontraron diferencias ($p < 0.0001$) en la curvatura de la superficie corneal anterior; los meridianos plano y curvo son 0.75D más potentes en mujeres, con diferencias en radio 0.13 y 0.12 mm respectivamente. La magnitud de astigmatismo anterior (1.04 ± 0.79 D) fue la única variable sin diferencia significativa entre sexos.

Conclusiones: El análisis biométrico en muestras extensas sin historial de cirugía sigue siendo fundamental para entender el ojo adulto y perfeccionar el cálculo biométrico. Existen diferencias biométricas entre sexos; los hombres tienen medidas axiales y WTW mayores, y las mujeres mayor potencia dióptrica corneal. Estos resultados refuerzan la recomendación de incorporar la variable sexo en los métodos de cálculo de la potencia de la lente, particularmente en aquellos en los que se emplea inteligencia artificial.

CPCC-004

QUERATOPATÍA ESTROMAL INDUCIDA POR PRESIÓN (PISK) 9 AÑOS DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA DE LASIK

Luis Álvarez-Cascos López, Blanca Benito Pascual

Introducción: Se presenta el caso de una complicación tardía, muy poco frecuente, de la cirugía refractiva de laser in situ keratomileusis (LASIK).

Caso clínico: Una mujer de 46 años, operada de LASIK miópico en ambos ojos hace 9 años y de glaucoma hace 5 años en el ojo derecho, acudió a urgencias con una queratitis microbiana en el ojo derecho. Tras instaurarle el tratamiento y la consiguiente curación de la lesión, se le administraron corticoides tópicos para reducir la opacidad corneal, sin conseguir una mejoría. Se le realizó una tomografía de coherencia óptica del segmento anterior (AS-OCT) que mostró fluido entre el estroma corneal y el flap del LASIK. Fue entonces cuando se le midió la presión intraocular (PIO) de manera periférica mediante tonometría de rebote, obteniendo valores entre 25 y 38 mmHg.

Con estos hallazgos se comenzó un tratamiento hipotensivo tópico, a la vez que se suspendieron los corticoides tópicos.

A los 6 meses, la PIO periférica se mantuvo en 16 mmHg, pero el haze, el fluido en la interfase estroma-flap medido por AS-OCT, así como la agudeza visual no mejoraron.

Conclusiones: El PISK es una patología difícil de diagnosticar caracterizada por el acúmulo de fluido debajo del flap del LASIK. Su patología no es del todo conocida, pero la mayoría de los casos se relacionan con aumento de la PIO en relación con el inicio de un tratamiento con corticoides tópicos.

CPCC-005

TÉCNICA DE LENTE EN «PIGGY-BACK» CON IMPLANTABLE PHAKIC CONTACT LENS (IPCL) DIFRACTIVA TÓRICA EN PACIENTE OPERADO DE CATARATA CON ANTECEDENTES PERSONALES DE QUERATOTOMÍA RADIAL EN AMBOS OJOS

Nicolás Carrillo Ovalle, Rosa Alvarado Villacorta, Belén Alfonso Bartolozzi, Luis Fernández-Vega Cueto-Felgueroso, Carlos Lisa Fernández, José F. Alfonso Sánchez

Propósito: Describir los resultados clínicos de una lente IPCL difractiva tórica en «Piggy-Back» sobre una LIO monofocal en un paciente con queratotomía radial previa.

Método: Paciente femenina de 67 años, con antecedentes personales de queratotomía radial (QR) con 8 cortes en AO (1993), ictus (2013), cirugía de catarata con LIO monofocal Acrysof IQ (2015), implante de lente IPCL difractiva tórica para corregir el astigmatismo residual y mejorar la visión de cerca (2016).

Resultados: La refracción del paciente previo a la cirugía de catarata era de OD: +1.50 +2.50 X 0° con agudeza visual sin corrección (AVSC) 0,16 y en OI: +1.50 +3.50 X 160° con AVSC 0,16, además se advierte dificultad en el cálculo de la LIO por su cirugía previa, con posibilidad de tenerse que cambiar la lente o poner un suplemento, pues no se podría operar por láser. Después de estar operada de catarata con lente monofocal su refracción era de OD: -2.00 -2.00 X 90° con AVSC 0,16 y en OI: -1.50 -1.50 X 60° con AVSC 0,2. Se toma la decisión de implantar lente de apoyo en sulcus IPCL difractiva tórica en AO quedando en la actualidad con una refracción en OD: +0.75 0 X 15° con AVSC 0,9 y en OI: +1.50 -0.50 X 165° con AVSC 0,5. Destacando así una AVCC lejana y cercana de 1,0 en AO.

Conclusiones: La técnica en «Piggy-Back» es una alternativa viable y segura para corregir astigmatismo en pacientes que han tenido QR y han sido operados por catarata, garantizando así una mejoría en su visión manejando lo mejor posible el cilindro dada la dificultad de calcular lentes por la QR.

CPCC-006

RESULTADOS VISUALES TRAS IMPLANTE DE LENTE EDOF EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE CRISTALINO TRANSPARENTE

Emanuel Barberá Loustaunau

Objetivos: Evaluar los resultados visuales de pacientes sometidos a cirugía de cristalino transparente con la lente EDOF AcrySof IQ Vivity.

Métodos: Estudio prospectivo, intervencionista, de un solo brazo y unicéntrico donde se evalúan los resultados visuales de 30 pacientes (60 ojos) de edades comprendidas entre los 49 y 69 años (media 60,2) sometidos a cirugía de cristalino transparente para la corrección de la presbicia. Se analiza la mejor agudeza visual de lejos (UCDVA), intermedio (UCIVA), y cerca (UNVA) sin corrección, y agudeza visual intermedia (BCDIVA) y cercana (BCDNVA) con la mejor corrección para lejos, con 3 meses de seguimiento. Además, se realiza cuestionario de satisfacción visual (IOLSat/QUVID).

Resultados: La media (en escala decimal) de agudeza visual fueron las siguientes: UDVA fue de 1.00 ± 0.15 ; UIVA fue de 0.84 ± 0.14 ; UNVA 0.68 ± 0.16 ; BCDIVA fue de 0.86 ± 0.14 ; y BCDNVA fue de 0.73 ± 0.18 . En cuanto a los resultados de satisfacción visual. El 100 % de los pacientes refirió no necesitar nunca gafas para distancia de lejos e intermedia. Un 93,2% calificó su visión cercana como buena o muy buena. Un 56,6% no necesita nunca gafas para la visión próxima mientras que el 43,3% las necesita a veces o en raras ocasiones. En cuanto a fenómenos fóticos, un 23% de pacientes reportaron halos y un 30% deslumbramientos aunque de carácter leve y poco incapacitantes. En general, la mayoría de los pacientes (93,2%) se mostraron satisfechos o muy satisfechos con la intervención, mientras que solo un 6.8% se mostró insatisfecho.

Conclusiones: La lente AcrySof IQ Vivity proporciona una buena agudeza visual de lejos e intermedia distancia, mientras que permite una buena agudeza visual funcional de cerca en condiciones fotópicas. Se consiguieron altos niveles de satisfacción y de independencia de gafas, aunque en ciertas condiciones de baja luminosidad se necesita el uso de gafa para cerca. Los fenómenos fóticos fueron bien tolerados.

CPCC-007

CIERRE ANGULAR BILATERAL Y MIOPIZACIÓN TRANSITORIA POR TOPIRAMATO

Isabel Bermejo Rodríguez, Laura Prieto Domínguez, David Fernández Pérez, Ignacio Manuel López Miñarro, María Gómez Tomás, José Ramón Juberías Sánchez

Introducción: El cierre angular agudo constituye una urgencia oftalmológica. La causa más frecuente en nuestro medio es el cierre angular primario con bloqueo pupilar. Algunos fármacos, como el topiramato, pueden inducir un cierre angular secundario.

Caso Clínico: Presentamos el caso de un varón de 46 años que acude a Urgencias de Oftalmología por visión borrosa de 2 días de evolución y dolor de cabeza. Refiere estar en tratamiento con topiramato oral desde hace dos semanas para prevención de migraña. La agudeza visual (AV) del ojo derecho (OD) es 0,1 sin corrección (sc) y 0,6 con estenopeico (ce) y en ojo izquierdo (OI) 0,16 sc y 0,7 ce. La refracción objetiva en OD -3.00 y en OI -3,25. El paciente no refiere antecedente de miopía. En el segmento anterior se observa una cámara anterior muy estrecha en ambos ojos (grado I Van Herick) sin edema corneal. La presión intraocular (PIO) es en OD 45 mmHg y en OI 38 mmHg. Se sospecha un cierre angular bilateral secundario a topiramato. Se realiza tratamiento de urgencia con manitol intravenoso y se pauta tratamiento con acetazolamida oral, y brimonidina tópica, bajando la PIO en OD a 22 mmHg y en OI a 30 mmHg. A la semana, tras la suspensión del topiramato oral, presenta una AV de 1 en ambos ojos sin corrección, con desaparición de la miopía. La cámara anterior es de profundidad normal y una PIO sin tratamiento de 14 mmHg en ambos ojos.

Conclusión: El topiramato es un fármaco empleado para tratar la epilepsia y como profilaxis de las migrañas. Aunque la patogenia exacta no se conoce, este fármaco puede producir un síndrome de efusión uveal y un edema del cuerpo ciliar, que pueden desplazar anteriormente el diafragma iridocristaliniano dando lugar a una miopización y a un estrechamiento de la cámara anterior que puede causar un cierre angular bilateral secundario.

CPCC-008

ANTIMETABOLITOS EN CIRUGÍA DE GLAUCOMA, LAS DOS CARAS DE LA MONEDA

Paula Castellote Domínguez, Verónica Gómez Calleja, Laura Blanca Alfaya Muñoz, Marta Belmonte Grau, Alejandro Crespo Chacón

Introducción: La beblitis es la infección de la ampolla de filtración después de una cirugía de glaucoma sin participación vítrea, que aunque muy infrecuente se trata de una complicación grave.

La incidencia de blebitis agudas después de la cirugía de glaucoma ronda aproximadamente un 0,12 %, y aunque el uso de mitomicina o fluorouracilo ha mejorado el uso de la cirugía filtrante, llega a aumentar a un 0.8-4% la incidencia de infecciones.

Caso Clínico: Hombre de 63 años con glaucoma pseudoexfoliativo en tratamiento en ojo izquierdo en el que se decide cirugía mínimamente invasiva por muy mala tolerancia al tratamiento tópico.

Se realiza procedimiento con implante XEN63 con mitomicina 0.02 subconjuntival sin incidencias. A las 24 horas se apreciaba el XEN subconjuntival móvil con ampolla formada con PIO en 10 sin dolor ni hiperemia.

Acude a los 6 días refiriendo dolor e hiperemia y en la exploración se aprecia hiperemia difusa y área de la ampolla avascular con tractos fibrosos subconjuntivales y defecto conjuntival a ese nivel.

Tras sospecha de blebitis aguda post quirúrgica se toman muestras de exudado conjuntival, se retira de forma urgente el XEN en quirófano tomando muestra de humor acuoso y se ponen antibióticos reforzados por vía subconjuntival y tópica así como colirio de insulina para ayudar al cierre conjuntival. En las semanas posteriores presentó buena evolución, con cierre del defecto conjuntival y recuperación de la vascularización del área implicada.

Conclusión: La blebitis es una complicación muy grave que precisa una rápida actuación terapéutica para poder evitar posibles endoftalmitis; aún más en aquellos pacientes con glaucoma.

Ante una exploración como la de nuestro paciente es fundamental realizar un buen diagnóstico diferencial, en el que tengamos en cuenta una posible infección con cultivos negativos o una posible toxicidad por antimetabolitos, pues el uso de éstos no solo aumentan el riesgo de blebitis sino de toxicidad postquirúrgica.

CPCC-009

HIPOTONÍA PRECOZ SECUNDARIA A CICLODIÁLISIS TRAS INYECCIÓN SUPRACOROIDEA DE DISPOSITIVO XEN-63 GEL STENT®

Beatriz de Frutos Rodríguez, Beatriz Rodríguez Aguado, Lorena Almudí Cortés, María Massaneda i Tuneu, Mouafk Asaad

Introducción: La hipotonía se define como una presión intraocular (PIO) menor a 6mmHg. La causa más frecuente es la cirugía filtrante de glaucoma por hiperfuncionamiento de la misma. En el caso de los dispositivos de drenaje mínimamente invasivos (MIGS), se ha descrito como consecuencia de una malposición de los mismos en el espacio supracoroideo, produciendo una ciclodíálisis traumática y una fístula de salida de humor acuoso a este espacio.

Caso clínico: Varón de 82 años, hipertenso y dislipémico, pseudofáquico, con glaucoma crónico de ángulo abierto con PIOs mal controladas (26/24mmHg) por intolerancia a fármacos tópicos y bradicardias. Se coloca un dispositivo XEN-45 Gel Stent® en el ojo izquierdo con una fibrosis precoz de la ampolla y una PIO al mes de 28mmHg. Se realiza una revisión quirúrgica con colocación de un segundo dispositivo XEN-63 Gel Stent®. A los 5 días del postoperatorio el paciente presenta una PIO de 2mmHg con un desprendimiento coroideo nasal y temporal sin kissing que se controla con corticoesteroides orales y tópicos y midriáticos. Se evidenció gracias a la UBM y a la OCT de ampolla que la causa de la hipotensión fue una malposición del dispositivo en el área supracoroidea, causando una ciclodíálisis traumática que se resolvió sin intervención quirúrgica.

Conclusiones: La hipotensión postoperatoria precoz tras la colocación de dispositivos de filtración sin fuga de humor acuoso es un tipo de complicación tras este tipo de cirugía. La causa suele ser una ciclodíálisis traumática secundaria a una malposición del dispositivo, en este caso, en el espacio supracoroideo. El manejo suele ser conservador, con modificaciones del tratamiento tópico y oral. En algunos casos son necesarias técnicas más invasivas, como la fotocoagulación trasclerular con láser argón o transescleral con láser diodo. En casos severos son necesarias técnicas quirúrgicas como una ciclopexia o un cerclaje escleral anterior asociado a vitrectomía posterior e inyección de gas.

CPCC-010

MANEJO DE AMPOLLA EXUBERANTE TRAS IMPLANTE DE XEN 63 EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO

Sara de Matías Gil, José Luis Torres Peña, Beatriz de Lucas Viejo, M.^a Dolores Lago Llinás

Introducción: El adecuado manejo de la cicatrización en el uso de implantes en glaucoma es una fase fundamental para conseguir un buen funcionamiento.

Caso clínico: Paciente de 70 años con glaucoma primario de ángulo abierto en tratamiento médico máximo. Se indica una cirugía de catarata con implante XEN 63, utilizando mitomicina C al 0,01 mg/ml. Como antecedente médico, presenta cáncer de pulmón en tratamiento con quimioterapia y corticoides orales.

En el postoperatorio, la paciente presenta una ampolla amplia y difusa con una presión de 7 mmHg a la semana de la cirugía. En la revisión del mes, comenta molestias intensas en ese ojo. Evidenciamos una ampolla exuberante, con paredes muy finas que abarca 4 horas. La presión es de 7 mmHg, y la agudeza visual se mantiene. Decidimos disminuir el tratamiento corticoideo tópico a cada 24 horas con el objetivo de favorecer una cicatrización parcial de una cirugía relativamente reciente.

A la semana de revisión, no encontramos mejoría, por lo que se decide revisión quirúrgica, en la que observamos buen flujo a través del dispositivo, por lo que decidimos reducir este flujo colocando una sutura de Nylon 10/0 intraluminal, similar al sistema de restricción que utilizamos en implantes de drenaje no valvulados.

En el postoperatorio, evidenciamos una ampolla amplia, difusa, menos elevada y una presión de 12 mmHg. A los 6 meses de seguimiento, la paciente presenta una presión controlada, una agudeza visual estable y la sutura intraluminal en posición.

Conclusiones: El implante XEN 63 trabaja con la formación de ampolla y en el caso de una paciente con inmunodepresión médica moderada, es posible que la fase de cicatrización en el proceso esté alterada. Es posible que ésta sea la razón de la formación de la ampolla exuberante. Disminuir el flujo y volver a manipular el lecho quirúrgico puede contribuir a reactivar la fase de cicatrización y modular la ampolla de filtración.

CPCC-011

NO TODO ES GLAUCOMA

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

Introducción: El diagnóstico de glaucoma se realiza al observar signos característicos de alteración papilar congruentes con la afectación funcional. En muchos casos no es posible saber con certeza si una papila óptica es glaucomatosa, ya que muchos de los signos encontrados pueden ser similares a neuropatías ópticas no glaucomatosas, por ello, es imprescindible prestar atención a los signos típicos y atípicos presentes para realizar un diagnóstico diferencial correcto.

Caso Clínico: Varón de 38 años que acude a unidad de Glaucoma tras presentar papilas de aspecto sospechoso. Como antecedentes, destaca crisis epilépticas y embolia grasa cerebral tras una fractura diafisaria de hueso largo en la infancia. A exploración, la máxima agudeza visual corregida fue de 0,9 en ojo derecho (OD) y 0,8 en ojo izquierdo (OI). La presión intraocular y el examen del segmento anterior no presentaron hallazgos relevantes. La funduscopia de ambos ojos mostró papilas simétricas, con excavación papilar de 0,7 y buen anillo neuroretiniano, sin verticalización, y con resto de exploración anodina. La Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) presentaba alteración en la capa de fibras nerviosas inferiores en OD y alteración superior e inferior en OI, también mostró alteración de células ganglionares en temporal-inferior de OD y en nasal de OI. En la campimetría se observó un defecto cuadrantópico temporal en OD y nasal en OI, concordante con cambios objetivados en la OCT. La resonancia magnética (RM) cerebral reveló una lesión residual cerebral temporal izquierda. La angio-RM descartó presencia de trombos y lesiones focales.

Conclusiones: Las alteraciones objetivadas en dicho paciente resultaron ser debidas a la lesión cerebral residual secundaria a la embolia grasa por fractura sufrida en la infancia. A pesar de que el paciente presentara alteraciones sugestivas de glaucoma, la valoración de los signos no típicos resultó imprescindible para realizar un diagnóstico clínico correcto.

CPCC-012

HEMORRAGIA SUPRACOROIDEA MASIVA TRAS CIRUGÍA DE VÁLVULA DE AHMED NO COMPLICADA

Ane Galarza López, Ana Sofía Argüelles, Ana Jiménez Alonso, Leire Olazarán Gamboa Irene Reyzubal Ereño, Susana Gómez Rivera

Introducción: La hemorragia supracoroidea (HSC) es una complicación rara que puede producirse intraoperatoriamente o en el postoperatorio (tardía). Dada la relación de la hipotonía y la inflamación en su fisiopatología es una complicación que se presenta con mayor frecuencia en cirugía de glaucoma.

Caso clínico: Mujer de 75 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 con retinopatía diabética proliferativa panfotocoagulada en ambos ojos y glaucoma neovascular en ojo izquierdo (OI) en tratamiento médico máximo. Presión intraocular (PIO) preoperatoria: 26mmHg. Anticoagulada con apixaban por fibrilación auricular, suspendido 48h antes. Se realiza intervención de válvula de Ahmed en OI sin incidencias. En revisión postoperatoria al día siguiente la paciente refiere un dolor intenso en OI en la madrugada. A la exploración, no percibe luz en OI, en polo anterior córnea transparente, cámara anterior estrecha con atalamia en temporal y nasal, sin seidel, tubo de válvula embebido en iris y retina impactada detrás de la lente. PIO OI 16mmHg. En la ecografía se aprecia un desprendimiento coroideo hemorrágico en beso. Se trató con antibiótico y corticoides tópicos, corticoide sistémico y cicloplejía. Durante el seguimiento, la paciente presentaba episodios de dolor, por lo que a las 2 semanas se optó por realizar esclerotomías para drenaje de la hemorragia coroidea con el objetivo del cese de la sintomatología, presentando alivio del dolor, pero no recuperación visual.

Conclusiones: La HSC es una complicación grave y de mal pronóstico visual, incluso cuando se realiza un drenaje de la sangre. Existen factores de riesgo sistémicos, oculares y quirúrgicos relacionados con esta entidad. Nuestro caso presentaba entre otros: edad avanzada, DM2, tratamiento anticoagulante, glaucoma, pseudofaquia, implante de tubo... Estos factores han de tenerse en cuenta en la valoración prequirúrgica, tanto para establecer medidas preventivas como para valorar riesgo-beneficio de la cirugía.

CPCC-013

PERFORACIÓN CORNEAL TRAS IMPLANTE DE VÁLVULA DE AHMED: A PROPÓSITO DE UN CASO

Silvia Iglesias Cerrato, Andrea Bernal González, M.^a Guadalupe Garrido Ceca

Introducción: Se presenta un caso de perforación corneal como complicación del implante de válvula de Ahmed (IVA) en un paciente con glaucoma neovascular (GNV).

Caso clínico: Mujer de 90 años que acudió a urgencias por pérdida de agudeza visual indolora en ojo izquierdo de un mes de evolución. Presentaba a la exploración hemovítreo con retina aplicada en ecografía, rubeosis de iris, cámara posterior (CP) amplia y presión intraocular (PIO) elevada. La gonioscopia reveló un ángulo cerrado 360°. Se inició tratamiento hipotensor y antiangiogénico a la espera de cirugía combinada de retina (vitrectomía con panfotocoagulación endoláser por trombosis venosa central) y glaucoma con IVA y tubo en CP sin incidencias. Dos semanas después y habiendo estado previamente asintomática, acudió a urgencias en atalámia con perforación corneal central amplia y «melting» que permitía ver el tubo a su través además de un adelgazamiento conjuntivoescleral temporal superior y nasal significativos confirmados en la tomografía óptica del segmento anterior (OCT-SA), así como seidel positivo en el nacimiento de la ampolla. Se procedió al cierre urgente del defecto aplicando un parche de matriz adhesiva y pericardio. En un segundo tiempo, se realizó una queratoplastia penetrante (QPP) tectónica, recorte del tubo AB interno, nuevo recubrimiento con pericardio, avance conjuntival y recubrimiento con membrana amniótica (MA) de la zona reconstruida. Ocho meses después, la paciente presenta una ampolla funcionante, PIO óptima y botón corneal transparente.

Conclusión: El IVA es a menudo un método seguro y eficaz para reducir la PIO en GNV. Sin embargo, nuestra paciente presentó un cuadro mixto inflamatorio con «melting» corneal, conjuntival y escleral con perforación corneal subsiguiente. La reconstrucción del segmento anterior incluyendo la ampolla, la QPP, así como uso de MA, permitieron mantener la integridad anatómica y funcio- nante la cirugía de glaucoma inicial, con un control adecuado de PIO.

CPCC-014

GLAUCOMA MÁS ALLÁ DE LA PIO

Alexandra Elena Istrate, María Massaneda i Tuneu, Beatriz Rodríguez Aguado, Lorena Almudí Cortés, Asaad Mouafk

Introducción: A pesar de que el glaucoma es la entidad más frecuente causante de hipertensión ocular (HTO), existen otras numerosas patologías que pueden ocasionarla. Es importante, por ello, realizar un estudio completo para descartar otras posibles causas subyacentes.

Caso clínico: Reportamos el caso de un paciente varón de 30 años que presentó midriasis media hiporreactiva en el ojo derecho (OD) en contexto de una crisis hipertensiva. Su agudeza visual (AV) era de 0.1, con una cámara amplia y presiones intraoculares (PIO) de 72/15 mmHg, que requirió tratamiento hipotensor máximo, tanto tópico como endovenoso. En el control posterior se evidencia afectación del nervio óptico. En la gonioscopia se detecta una inserción alta del iris, y la biomicroscopía ultrasónica angular era compatible con un iris en meseta, por lo que se realizan iridotomías periféricas. A pesar de ello, continuaba con PIO elevadas que requerían tratamiento tópico máximo y comprimidos de acetazolamida cada 12 horas. En la campimetría (CV) se constató una hemianopsia homónima congruente bilateral, lo que levantó la sospecha de que la causa de la HTO era una masa quiasmática que condicionaba un aumento de la presión venosa episcleral. Se realizó un TC craneal en el que se describía la presencia de una masa en la región selar de 30 mm con compresión del III ventrículo, compatible con un macroadenoma hipofisario. Actualmente, la AV del paciente es de 0.5 y la PIO de 12 mmHg, en tratamiento con colirio de brimonidina cada 12 horas, pendiente de cirugía.

Conclusión: Existe una gran variedad de patologías que pueden causar cuadros de HTO. Ante una HTO en un paciente joven se debe filiar la causa. Los tumores intracraneales pueden cursar con HTO refractarias al tratamiento por aumento de presión venosa episcleral.

CPCC-015

GLAUCOMA CONGÉNITO DEL ADULTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Cosme Lavín Dapena, Beatriz de Pablo Gómez de Liaño, Armando Figueira Rodríguez, Álvaro Ayesa de la Fuente

Introducción: El glaucoma congénito primario es una enfermedad que afecta a 1 de cada 10.000 nacidos, siendo en su mayoría de aparición esporádica. El drenaje del humor acuoso está afectado por un desarrollo anormal del ángulo iridocorneal, lo que provoca un aumento de la presión intraocular y por tanto, un daño en el nervio óptico y pérdida del campo visual desde edades muy tempranas.

Caso clínico: Paciente de 44 años con aniridia y glaucoma congénito, acude hace 1 año con una agudeza visual de movimiento de manos en el ojo derecho (OD) y de percepción de luz (PL) en ojo izquierdo (OI) para seguimiento. La presión intraocular (PIO) en ese momento es de 25mmHg en OD y 59mmHg en OI, bajo tratamiento con cuádruple terapia hipotensora tópica. Refiere mal control, que a veces ha requerido toma de acetazolamida oral. En ambos ojos la biomicroscopia muestra hiperemia conjuntival, córnea deslustrada con neovascularización periférica y aniridia. Se plantea cirugía de catarata en OD, siendo ya el OI pseudofáquico. La biometría ultrasónica muestra una longitud axial de 31mm en OD y 30 mm en OI. Se interviene de facoemulsificación e implante de LIO de 3 piezas en saco, la cual es explantada tras objetivar una rotura de la cápsula posterior, dejándose al paciente en afaquia. Tras un mes de mal control de la PIO, se interviene de subciclofotocoagulación en OD, complicada con una hemorragia retrobulbar tras la inyección de la anestesia, lo que requiere cantotomía y cantolisis. Durante el postoperatorio la PIO se mantiene en torno a 35mmHg por lo que se pauta cuádruple terapia hipotensora tópica que consigue normalizarla. Actualmente presenta una agudeza visual de 0.06 en OD y PL en OI, una PIO de 20 en OD y 60 en OI.

Conclusión: Los pacientes con glaucoma congénito requieren un estricto seguimiento de la presión intraocular pues son casos de difícil control, que muchas veces necesitan de múltiples fármacos e intervenciones quirúrgicas.

CPCC-016

GLAUCOMA AGUDO TRAS SECLUSIÓN PUPILAR EN SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA

Javier Martínez Soria, M.^a Victoria Navarro Abellán, M.^a Camila Yane Gauffin, Carmen Miquel López, M.^a Reyes Retamero Sánchez

Introducción: El síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) o uveomeningeo es una patología inflamatoria sistémica causada por una reacción autoinmune contra proteínas de los melanocitos de la úvea, la retina, el oído interno, las meninges y el sistema tegumentario. Clínicamente el proceso comienza como una coroiditis estromal primaria y evoluciona a una panuveítis granulomatosa con desprendimientos de retina exudativos. El glaucoma es una complicación relativamente frecuente de esta entidad con origen multifactorial: la enfermedad crónica en el momento de la presentación, la inflamación recurrente, los mecanismos de cierre del ángulo, el «iris bombé», la atrofia peripapilar...

Caso clínico: Varón argelino de 33 años, diagnosticado de síndrome de VKH, que acude por dolor en ojo izquierdo (OI). Agudeza visual de ambos ojos (AO) de movimiento de manos. Biomicroscopía de AO; sinequias posteriores 360°, seclusión pupilar. Presión intraocular (PIO) en ojo derecho (OD) de 10mmHg y OI de 40 mmHg. Fondo de AO; vitritis+, papila algo edematosa congestiva e hipopigmentación difusa con alteraciones pigmentarias. OCT de AO; alteración capas externas difusa. El paciente se diagnostica de glaucoma agudo por seclusión pupilar y se realiza iridotomía con láser YAG en AO. Se administra Manitol 250ml al 20% y se prescriben Acetazolamida vía oral, colirios de Dorzolamida/Timolol, Brimonidina y Prednisolona y una pomada de Dexametasona. El paciente presentó mejoría y la PIO de AO se halló en la normalidad.

Conclusiones: El síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada es una entidad bastante poco frecuente que puede suponer una amenaza para la visión. Es fundamental su sospecha para realizar un diagnóstico y abordaje terapéutico tempranos, de manera que se eviten las complicaciones que pueden aparecer, como el glaucoma agudo. La iridotomía bilateral es necesaria en estos casos para bajar la presión intraocular, así como la farmacoterapia.

CPCC-017

IMPORTANCIA DEL TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE GLAUCOMA SECUNDARIO A FÍSTULA DE ALTO FLUJO

Julia Esther Murillo Doria, Cosme Lavín Dapena, Ana Isabel Ramos Castrillo

Objetivo: Intentar hacer diagnóstico precoz de la fistula carotidocavernosa secundaria a malformaciones faciales y vasculares para prevenir el desarrollo de glaucoma secundario.

Materiales y métodos: Paciente femenino de 20 años procedente de Perú con diagnóstico de gran malformación vascular facial tratada con múltiples cirugías quien presenta recidiva y formación de fistula Arteriovenosa de alto flujo con glaucoma secundario al aumento de la presión venosa episcleral.

Resultados: Se diagnostico glaucoma secundario a fistula de arteriovenosa de alto flujo se inició tratamiento con doble terapia farmacológica obteniéndose buen control tensional y estabilidad de cuadro clínico.

Conclusiones: En casos de malformaciones faciales tan severas, poder trabajar en conjunto multidisciplinario con los equipos de maxilofacial , oftalmología glaucoma y otorrinolaringología para hacer diagnóstico precoz, hacer screening porque si no hay diagnóstico precoz el glaucoma evoluciona y progresa, hacer protocolos de derivación a glaucoma para disminuir esta progresión de la enfermedad, y evitar llegar tempranamente al tratamiento quirúrgico, debido a que las complicaciones pueden llegar a ser muy severas e irreversibles debido al mismo aumento de la presión venosa episcleral.

CPCC-018

IMPLANTE DE PRESERFLO MICROSHUNT® COMO CIRUGÍA DE RESCATE ANTE OTROS DISPOSITIVOS DE DRENAJES COMPLICADOS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Tamara Palenzuela Álvarez, Elena Martín Giral, Lucía Saavedra Seijo, Alejandra Álvarez Brandt, Susana Perucho Martínez, Nicolás Toledano Fernández

Introducción: En los últimos años han aparecido múltiples implantes en cirugía de glaucoma que buscan una mayor seguridad con respecto a la cirugía convencional. Estos se han ido abriendo camino gracias a la gran versatilidad que ofrecen, aunque su eficacia se ha considerado más moderada.

Preserflo se encuentra en el grupo de los microimplantes formadores de ampolla y aunque inicialmente su principal indicación no era esta, podría ser útil como cirugía de rescate en algunos pacientes con cirugías previas complicadas.

Caso Clínico: En primer lugar, mujer de 85 años con demencia por enfermedad de Alzheimer que acude a consulta derivada desde otro centro hospitalario, con glaucoma terminal en ojo único. A la exploración se objetiva implante de XEN roto erosionando conjuntiva y con drenaje de HA transconjuntival profuso. En ella, se realiza cirugía de explante de XEN complicado con cierre conjuntival con puntos de sutura y adhesivo tisular, e implante de Preserflo.

Por otro lado, varón de 78 años pluripatológico: Hipertensión, diabetes, dislipemia, FA y fibrosis pulmonar con oxigenoterapia domiciliaria. Presenta un glaucoma neovascular avanzado secundario a obstrucción de rama arterial retiniana, controlado con válvula de Ahmed. Acude a consulta con extrusión de la válvula. En este caso, se retira la válvula extruida con cierre conjuntival y nuevo implante de Preserflo.

Los resultados obtenidos en ambos casos tras el implante de Preserflo fueron muy buenos, con ampollas de drenaje bien formadas y valores tensionales bajos, en rangos de seguridad durante todo el postoperatorio en ambos casos.

Conclusión: El implante de Preserflo podría ser una buena opción como cirugía de rescate en pacientes con alto riesgo quirúrgico que presenten cirugías previas complicadas.

CPCC-019

NEUROPATÍA ÓPTICA ISQUÉMICA ANTERIOR SECUNDARIA A HIPERRESPUESTA A CORTICOIDES TRAS FACOEMULSIFICACIÓN

Lorena Picasso Simón, María Castro Rebollo, Julio González Martín-Moro, Víctor Jesús Altares Mateos, Vicente Miralles Pechuán

Introducción: La hipertensión ocular secundaria a corticoides se ha descrito para la vía de administración sistémica, tópica, intraocular e inhalada. La vía tópica produce en 1/3 de los pacientes una elevación de presión intraocular (PIO) de entre 6-15 mmHg. Es importante conocerlo para prevenir, monitorear y tratar cualquier aumento clínicamente significativo en la PIO.

Caso clínico: Mujer de 74 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, dislipemia. En seguimiento por nuestra parte por síndrome de dispersión pigmentaria con iridotomías láser profilácticas en tratamiento con Arteoptic, retinopatía diabética no proliferativa moderada y ambas córneas guttatas. Se realiza facoemulsificación de ojo derecho (OD) tratada con ofloxacino, maxidex y Yellox. Revisión a las 24h sin incidencias. Acude 15 días más tarde por pérdida brusca del hemicampo temporal del OD con agudeza visual (AV) de 1/2, pupilas no valorables por dilatación, PIO Goldman de 61 mmHg. Biomicroscopía con córnea transparente, huso de Krukemberg y lente en saco. En el fondo de ojo se observa una papila pequeña con edema inferior. Se realiza tomografía de coherencia óptica (OCT) de papila presentando un grosor de 143 micras y blanco en superior, nasal y temporal. Campo visual con defecto arciforme inferior que concuerda con edema. Se sospecha NOIANA postoperatoria con PIO elevada hiperrespondedora a corticoide. Se decide cambiar tratamiento maxidex por FML, se añade Combigan y Edemox. A las 24h presenta PIO Goldman 21 mmHg. En las revisiones posteriores, se observa mejoría de AV llegando a 2/3, PIO Goldman 19 mmHg en tratamiento con Arteoptic; gonioscopia con ángulo abierto muy pigmentado, fondo de ojo con palidez en inferior; OCTs de control con espesor total de 89 micras y lesión severa en inferior.

Conclusión: Los pacientes con glaucoma tienen mayor sensibilidad a los corticoides, por lo que debemos hacer un seguimiento más estrecho en el caso de que precisen corticoides por cualquier causa.

CPCC-020

GLAUCOMA AGUDO POR CIERRE ANGULAR Y MIOPIZACIÓN AGUDA BILATERAL POR TOPIRAMATO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Alma San José Caballero, Beatriz Rodríguez Aguado, Beatriz de Frutos Rodríguez

Introducción: El topiramato es un derivado de las sulfamidas utilizado para el tratamiento de enfermedades neurológicas y psiquiátricas. Entre los efectos adversos oftalmológicos se ha descrito el síndrome de efusión coroidea que provoca el desplazamiento anterior de cuerpos ciliares y cristalino, ocasionando miopización y cierre angular agudo. Esta reacción puede ocurrir durante el primer mes de tratamiento. El cuadro remite al cesar el fármaco con recuperación completa de los síntomas y la anatomía ocular. El pronóstico visual dependerá del tiempo de evolución y la rapidez en la retirada del topiramato.

Caso clínico: Paciente de 41 años hipermetrope que inició tratamiento con topiramato por trastorno bipolar, a las 2 semanas acudió a urgencias de oftalmología por visión borrosa, dolor ocular y fotofobia en ambos ojos (AO) de 24h de evolución, a la exploración: agudeza visual (AV):0.5/0.15, midriasis arreactiva bilateral, presión intraocular (PIO) de 50/54 mmHg, biomicroscópicamente presentaba córneas veladas, cámara anterior (CA) ojo derecho (OD) grado I central,0 periférica y en ojo izquierdo (OI) atalamia, y cristalinos transparentes. Autorefractómetro: -1.62-1.5 80° OD y no valorable en OI. Se inició tratamiento tópico hipotensor y se retiró topiramato. Se realizaron controles diarios. A los 5 días, presentaba una AV de 0.9/0.8, refracción +1.37 1.25 91° /+1.37-1.37 83°, CA grado IV OD grado II OI y normalización de la anatomía angular en la biomicroscopía ultrasónica.

Conclusión: El síndrome de efusión coroidea por topiramato es una reacción idiosincrática e infrecuente. Existe una anatomía predisponente en pacientes hipermetros. Se trata de un cuadro inflamatorio en el que está contraindicado el tratamiento con fármacos derivados de las sulfamidas, entre ellos la acetazolamida. Las iridotomías periféricas no son efectivas ya que no se trata de un bloqueo pupilar. Por tanto, el tratamiento es la retirada del topiramato, hipotensores tópicos y seguimiento estrecho.

CPCC-021

REVISIÓN DE PRESERFLO MICROSHUNT MEDIANTE VITRECTOMÍA ANTERIOR

Carlos Santana Plata, Noemí Güerri Monclus, Sofía Fernández Larripa

Introducción: La obstrucción de los dispositivos de drenaje para glaucoma (DDG) es una complicación frecuente, aumentando la presión intraocular (PIO), dañando el nervio óptico y causando el fracaso de la cirugía. La presencia de vítreo en cámara anterior (CA) es una causa rara de este proceso.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente de 79 años con glaucoma secundario de ángulo abierto pseudoexfoliativo en ojo izquierdo, que a pesar del tratamiento hipotensor con cuatro principios activos, mostraba mal control de la PIO y progresión del daño glaucomatoso. Se decidió implantar un PreserFlo MicroShunt.

Durante la exploración preoperatoria, se evidenció la presencia de hebras vítreas y restos capsulares en la CA, probablemente debido a una deshicencia zonular secundaria a una cirugía de cataratas previa. Aunque la implantación del PreserFlo MicroShunt y la ampolla de drenaje eran correctos, la PIO permaneció elevada en la primera semana. Se identificó que la obstrucción del tubo valvular por la hebra vítrea era la causa del fracaso del DDG.

Se intentó realizar un tratamiento conservador mediante vitreolisis YAG que no fue efectiva. Por ello, se propuso una nueva intervención quirúrgica que consistió en una vitrectomía anterior, revisar el tubo valvular y la ampolla de drenaje. Durante la cirugía, se utilizó triamcinolona acetónido para teñir el vítreo, así como azul brillante para comprobar la permeabilidad del tubo valvular. La ampolla de filtración y la porción más distal del tubo se revisaron mediante disección de conjuntiva y cápsula de Tenon.

El paciente logró PIO objetivo, y se espera que las futuras revisiones confirmen la estabilización del daño glaucomatoso.

Conclusión: Se debe eliminar vítreo y restos capsulares realizando una vitrectomía anterior amplia antes de colocar el DDG si es necesario.

La vitreolisis con láser YAG puede ser una solución temporal, pero la vitrectomía anterior asegura una permeabilidad duradera.

CPCC-022

GLAUCOMA MALIGNO TRAS IMPLANTE DE VÁLVULA DE AHMED: DIAGNÓSTICO Y ARSENAL TERAPÉUTICO A PROPÓSITO DE UN CASO

Alicia Sanz Alfaro, Jorge Márquez Santoni, Fabio Zavarse Fadul, Adriana de la Hoz Polo, Virginia Martínez Trapote, Paz Rodríguez Ausin

Introducción: En el diagnóstico diferencial de aumento postoperatorio de la presión intraocular (PIO) con cámara anterior (CA) estrecha y ampolla plana, se incluyen fundamentalmente el bloqueo pupilar, la hemorragia supracoroidea y el glaucoma maligno.

Caso clínico: Mujer de 55 años, con lensectomía refractiva en ambos ojos (AO), acude para seguimiento de su glaucoma de ángulo estrecho (GAE) diagnosticado en otro centro. A la exploración oftalmológica destacaban: Una agudeza visual (AV) de la unidad para AO, un ojo derecho (OD) sin daños estructurales y un ojo izquierdo (OI) con una PIO 21mmHg, una relación excavación-papila de 0.9 y un grosor medio de la capa de fibras nerviosas de la retina (RNFL) de 58 μ m. Se decidió realizar una trabeculectomía, exitosa durante 1 año y medio, y a continuación la colocación de una válvula de Ahmed (VAG) por la detección de progresión del glaucoma con PIO altas a pesar de tratamiento médico máximo. Al día siguiente del implante del dispositivo, la paciente presentó atalamia y PIO 14 mmHg. Ante la sospecha de glaucoma maligno se realizó capsulotomía posterior, hialodectomía anterior e inicio de tratamiento tópico con hipotensores y midriáticos. A la semana, la CA seguía hipotalámica y con una miopización de -5.0 dioptrías, por lo que se procedió a realizar vitrectomía vía pars plana (VPP) con irido-capsulo-hialoidectomía. Tras un postoperatorio favorable, se encuentra con una CA amplia, tubo valvular libre y PIO controladas con doble terapia tópica.

Conclusiones: Ante el aumento postoperatorio de la PIO con CA estrecha tras cirugía de glaucoma, se debe plantear la posibilidad de glaucoma maligno, que queda como primera opción diagnóstica en caso de iridectomía/ iridotomía permeable sin iris bombé, lo cual excluye el bloqueo pupilar, y fondo de ojo o ecografía normales, descartándose la hemorragia supracoroidea. Tal y como se hizo en el caso, es esencial ir avanzando en la escalera terapéutica para interrumpir el episodio.

CPCC-023

CICLOFOTOCOAGULACIÓN ARGÓN CON LENTE DE GOLDMAN EN PACIENTE CON GLAUCOMA Y ANIRIDIA POST-TRAUMÁTICA

Sofía Uncetabarrenechea Larrucea, José Ignacio Castresana Jáuregui, María Aramberri Araiz

Introducción: En torno a un 23% de los traumatismos oculares de alta intensidad pueden desencadenar hipertensión ocular (HTO), de los cuales un 6% desarrollarán glaucoma. Las causas del glaucoma post traumático son complejas y, no se presentan aisladas sino que producen HTO por una combinación de diversos factores. Esta forma de glaucoma suele presentar una respuesta terapéutica inferior a la del glaucoma primario y, ya que afecta principalmente a pacientes jóvenes, resulta de especial interés su estudio.

Muchos autores afirman que el tratamiento tópico suele fracasar y que muchos pacientes con daño angular post traumático requieren cirugía para evitar la progresión de la enfermedad y reducir las cifras de presión intraocular (PIO). Asimismo, el pronóstico de la cirugía en estos pacientes es peor que en pacientes con glaucoma crónico de ángulo abierto (GCAA).

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 60 años que sufre un traumatismo en su ojo izquierdo resultando en una aniridia post traumática. Durante el seguimiento presenta elevaciones de presión intraocular (PIO) de hasta 40 mmHg, a pesar de tratamiento máximo con Combigan cada 8h, Monoprost cada 24h y Edemox cada 6h.

Debido a la escasa respuesta al tratamiento, tras 2 meses se realiza una ciclofotocoagulación con láser Argón de 3 husos horarios en consulta, ya que la aniridia permite una visualización directa del cuerpo ciliar con la lente de Goldman. Asimismo, se realiza una trabeculoplastia con láser Argón de 6 husos horarios.

Tras el tratamiento con láser se consigue reducir la PIO a 12mmHg, encontrándose la paciente actualmente sin ningún tratamiento antihipertensivo.

Conclusión: La ciclofotocoagulación con láser Argón puede resultar efectiva en el tratamiento del glaucoma post-traumático, reduciendo las cifras de PIO y frenando el daño neurológico. Este caso plantea reevaluar la utilidad de los tratamientos láser en pacientes con daño angular post-traumático.

CPCC-024

LIQUEN PLANO OCULAR AISLADO: UN RETO DIAGNÓSTICO

Sol Benbunan Ferreiro, Alicia Galindo Ferreiro, Paula Bayo Juanas, Victoria Eugenia Marqués Fernández

Propósito: Describir las características clínicas del liquen plano ocular aislado (LPO) mediante la presentación de un caso caracterizado por entropión y conjuntivitis cicatricial, resaltando la importancia de realizar un exhaustivo diagnóstico diferencial de las conjuntivitis cicatriciales.

Métodos: Tras realizar una revisión de los casos de LPO aislados en la literatura, se analizaron las características clínicas, los criterios diagnósticos y las estrategias de manejo de esta enfermedad. Se llevó a cabo un estudio minucioso del caso presentado, el cual incluyó una historia clínica detallada, un examen clínico exhaustivo con lampara de hendidura y pruebas diagnósticas pertinentes como analítica y biopsia escisional.

Resultados: El caso presentado representa el decimoctavo caso de LPO aislado y el segundo caso de OLP aislado con entropión asociado de la literatura. A través de la revisión bibliográfica, se identificaron similitudes y variaciones en la presentación de los casos de LPO aislado reportados, resaltando la diversidad de manifestaciones clínicas asociadas a esta condición.

Conclusión: Este estudio subraya la importancia de considerar el LPO en el diagnóstico diferencial de la conjuntivitis cicatricial.

CPCC-025

CONJUNTIVITIS POR GONOCOCO EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA: CASO CLÍNICO

M.^a Ángeles Carrillo Cabezas, Celia Martín Villaescusa, Katarzyna Kubiak Mierzejewska, Natalia Calvo Blanco, Rocío Falcón Roca, Raquel Borrego Hernando

Introducción: Neisseria gonorrhoeae es un diplococo gramnegativo transmitido por contacto directo entre mucosas o autoinoculación. La afectación ocular incluye la oftalmía neonatorum y queratoconjuntivitis. En España, la gonorrea es la segunda infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente, con incidencia creciente desde 2001. En 2022 de los 23.333 casos, solo se reportaron 5 conjuntivitis. En menores de 15 años, se reportaron 46 infecciones en 2022.

Caso clínico: Adolescente de 12 años que acude a urgencias por cuadro de edema palpebral, dolor, supuración y fiebre de 38°C desde el día anterior. Se ingresó con sospecha de celulitis preseptal con tratamiento intravenoso (iv) con amoxicilina-clavulánico y colirio de tobramicina, y se realizó un exudado conjuntival, que en 24 horas reveló diplococos gramnegativos, por lo que, ante la sospecha de conjuntivitis gonocócica, se modificó el tratamiento a ceftriaxona iv. La exploración oftalmológica reveló una úlcera corneal central, abundante secreción purulenta y membranas conjuntivales, con intensa inyección ciliar. Se añadió al tratamiento eritromicina pomada y colirio de ciprofloxacino. La PCR reveló gonococo en conjuntiva y faringe, aunque no en uretra ni recto. Se descartaron otras ITS. La evaluación psicosocial no reveló abuso ni contacto sexual inicial, aunque continúa en seguimiento.

Conclusiones: En la conjuntivitis gonocócica el tratamiento es sistémico y aunque se utiliza tratamiento tópico, no existe un consenso con evidencia científica. La infección gonocócica en la infancia generalmente indica abuso sexual, y la conjuntivitis es rara, pudiendo contraerse a través de fómites, tras descartar previamente abuso sexual. La oftalmía neonatorum se contrae en el canal del parto.

El diagnóstico temprano es muy importante para realizar un tratamiento precoz y prevenir complicaciones graves. La infección gonocócica en la infancia puede indicar abuso sexual, resaltando la importancia de los trabajadores social.

CPCC-026

ATENCIÓN CON LOS FÁRMACOS INHIBIDORES DE LA BTK: EDEMA MACULAR SECUNDARIO A IBRUTINIB

Irene Cerdán Llach, Julio Rafael Ruiz Batres, Javier Bruno Torresano Rodríguez, Lucía Gómez Fernández, María Hernando Portela, Fátima Martín Luengo

Introducción: En la actualidad cada vez es más frecuente el uso de terapia diana en la patología hematológica. Uno de los fármacos en auge es el ibrutinib, un inhibidor de la tirosin kinasa de Bruton (BTK) capaz de alterar las vías de activación, proliferación y quimiotaxis de los linfocitos B. A pesar de ser bien tolerado, cada vez se reportan más alteraciones a nivel oftalmológico. Una de ellas es el edema cistoide macular (EMC) como el caso que se presenta.

Caso clínico: Paciente varón de 80 años que se encuentra bajo ensayo clínico con ibrutinib como terapia para el linfoma del manto acude a consulta por agudeza visual disminuida. A la exploración, tanto del fondo de ojo como de la tomografía de coherencia óptica, se evidencia edema papilar y macular en su ojo único funcional (ojo derecho en ptosis tras traumatismo en la infancia). Se realiza un amplio diagnóstico diferencial en el que se descartan otras causas de edema macular. Posteriormente, se decide realizar una resonancia magnética en la que se observan datos indirectos de hipertensión intracraneal (HTIC) idiopática y se decide junto con Oncología suspender el tratamiento con ibrutinib. Al mes, se evidencia la resolución del edema y de la HTIC por lo que se decide reiniciar el fármaco, sin embargo, se produce una recurrencia del edema macular. Por ello, se opta por suspender la terapia definitivamente y sustituirla por zanubrutinib (inhibidor de la BTK de nueva generación). Desde entonces, se encuentra estable tanto a nivel oftalmológico como de su patología de base.

Conclusión: A nivel oftalmológico, está descrita la aparición de catarata o alteraciones de superficie como ojo seco o hiposfagmas. Sin embargo, existe poca literatura que reporte la aparición de EMC, por ello, es importante informar de todas las alteraciones asociadas a su uso. Un correcto diagnóstico diferencial que excluya otras causas asociado a finalización del fármaco puede conseguir grandes resultados llegando a resolver el edema.

CPCC-027

CUERPO EXTRAÑO OCULAR: SERIE DE CASOS

Jaime Fernández Rodríguez, Elena Puertas Martínez, Adrián Lodaes Gómez, Daniel Munck Sánchez, Luis Alcalde Blanco, Manuel Santana Castro

Propósito: Presentar una serie de casos de pacientes con cuerpo extraño (CE) ocular con distintas manifestaciones y presentaciones clínicas.

Caso 1: mujer de 27 años que acude por sensación de cuerpo extraño (SCE) tras haber estado manipulando una cerradura. A la exploración se observó herida corneal penetrante de 1 mm y en el fondo de ojo (FO) esquirla metálica impactada en retina periférica. La resolución del cuadro fue quirúrgico mediante vitrectomía pars plana y extracción del CE.

Caso 2: varón de 19 años que acude por traumatismo en ojo izquierdo (OI) mientras manipulaba chatarra. En la primera exploración se objetiva hemorragia y conmoción retiniana. Ante empeoramiento del cuadro se solicita TC craneal donde se observa CE intraconal. El cuadro acabó resolviéndose con corticoides y antibióticos sistémicos sin necesidad de extracción.

Caso 3: varón de 54 años con hallazgo incidental en TC craneal de CE intraocular en el ojo derecho (OD). A la exploración se observa CE en el ángulo iridocorneal, sin signos de inflamación ocular. Se decidió actitud expectante.

Conclusiones: La presencia de CE ocular es una entidad poco frecuente pero que siempre tenemos que descartar ante determinados traumatismos. Ante la duda se debe solicitar TC craneal.

El manejo depende del aspecto del CE, la localización y la evolución de los pacientes.

CPCC-028

PHTHIRIASIS PALPEBRAL: TRATAMIENTO E IMPLICACIONES DE SU DIAGNÓSTICO

Luis Celestino Franco Fente, Alejandra Vázquez Solano, Carlota Moreno de Alborán Montesinos, María Hinojosa González

Introducción: Se expone un caso clínico de phthiriasis palpebral, resumiendo brevemente la parasitología, la sintomatología y manifestaciones oculares biomicroscópicas, la exploración diagnóstica, el tratamiento, y la posible implicación médico-legal asociada.

Caso clínico: Niña de 8 años con picor ocular de 1 semana de evolución acude a urgencias acompañada de sus padres, quienes refieren haber objetivado «piojos» en las pestañas de la paciente. A la exploración en lámpara de hendidura se observa una gran cantidad de liendres y parásitos vivos que tras estudio microbiológico se confirma que pertenecen al género *Phthirus Pubis*. Se realiza una minuciosa eliminación mecánica previa aplicación de pomada de tobramicina 3 mg/ml y se contacta con Trabajo Social para valorar sospecha de posible caso de abuso sexual de la menor. Al alta de su visita a urgencias, se pauta pomada de tobramicina 3 veces al día para facilitar eliminación mecánica y muerte por asfixia de los parásitos. En revisión sucesiva, a los 4 días, se encuentra una única liendre aislada adherida a una pestaña. En la siguiente revisión, a los 6 días, se descarta la presencia de liendres y parásitos. Se expone exploración diagnóstica incluyendo fotografías en lámpara de hendidura, análisis microbiológico de los parásitos, tratamiento, evolución y manejo del caso en conjunto con Pediatría y Trabajo Social.

Conclusiones: La Phthiriasis palpebral es una infestación con importantes consecuencias médico-legales, sobre todo en casos de menores de edad. Ante un caso de esta índole, es primordial realizar una correcta exploración y tomar muestras para estudio microbiológico, con el fin de no pasar por alto casos tan sensibles como puede resultar el abuso sexual de un menor.

CPCC-029

BADI/BATI EN UN MISMO PACIENTE: SEGUIMIENTO CLÍNICO Y COMPLICACIONES

Elena M.^a Gámez Jiménez, Ricardo García-Serrano Fuertes, Francisca Victoria Sánchez Oliver

Introducción: El síndrome de despigmentación bilateral aguda del iris (BADI) y el de transiluminación bilateral aguda del iris (BATI) presentan características diferenciadoras. El BADI se caracteriza por despigmentación geográfica o difusa del estroma del iris, no afectación pupilar y sin defectos de transiluminación. El BATI presenta un curso agresivo, pupilas dilatadas y atónicas, defectos de transiluminación, sin afectar al estroma iridiano e hipertensión ocular (HTO). La etiología de ambos sigue siendo imprecisa.

Caso clínico: Varón de 38 años, acude a Urgencias por visión borrosa, hiperemia, fotofobia y dolor ocular bilateral tras cuadro febril. En la exploración destacan pupilas en midriasis media poco reactivas a la luz, transiluminación de iris, despigmentación difusa del estroma iridiano, dispersión de pigmento en cámara anterior (CA) y HTO bilateral. Se inicia tratamiento oral y tópico con corticoides e hipotensores. Se descartó síndrome de dispersión pigmentaria al no observarse superficie cóncava ni desplazamiento posterior del iris en tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (OCT-SA). No se observaron signos de inflamación en vítreo o retina. La OCT de papila y ecografía mostraron drusas en papila. La OCT de mácula descartó edema. Sin signos de iridociclitis, se estableció la sospecha de BATI iniciándose estudio de uveítis para descartar otras causas. El estudio analítico y serológico fue normal. Posteriormente, el paciente desarrolló cuadros hipertensivos de repetición por cierre angular de muy difícil manejo médico-quirúrgico por pérdida de CA y atrofia de iris. Finalmente se realizó cirugía mediante implante de válvula de Ahmed.

Conclusiones:

—Nuestro paciente presenta hallazgos propios de BADI y BATI en un cuadro intermedio entre ambos síndromes, sugiriendo que forman parte del espectro de la misma enfermedad.

—Destacar el mal pronóstico en nuestra experiencia por desarrollo de glaucoma de difícil control, precisando implante valvular.

CPCC-030

DRUSAS DE NERVIIO ÓPTICO EN SÍNDROME DE USHER: UNA RARA COINCIDENCIA

Patricia García Carrero, Alicia Muñoz Gallego, Ana Dorado López-Rosado

Introducción: El síndrome de Usher (USH) se caracteriza por sordera neurosensorial, distrofia de fotorreceptores y afectación vestibular variable; su asociación con drusas del nervio óptico es infrecuente.

Caso: Presentamos el caso de una niña de 16 años derivada de la urgencia a la consulta de oftalmología infantil tras episodio de migrañas asociadas a vómitos y pérdida del campo visual; el TAC urgente fue normal. Como antecedentes cabe destacar sordera neurosensorial profunda con implantes cocleares bilaterales. En la exploración encontramos una agudeza visual lejana con corrección en ambos ojos de 0.9. La exploración pupilar, de movimientos extraoculares, test de bicromáticos, Ishihara, estereopsis, contraste y polo anterior fue normal. En el fondo de ojo de ambos ojos se objetivaron papilas borradas sobreelevadas con resto de polo posterior normal y alteraciones pigmentarias con aumento de brillos en la retina periférica. En la tomografía de coherencia óptica (OCT) de mácula se encontró amputación de las capas externas de la retina extrafoveales. La OCT de células ganglionares fue normal. En la OCT de capa de fibras papilares se evidenció un engrosamiento. Se realizó una autofluorescencia donde se observó un anillo hiperautofluorescente concéntrico en ambos ojos en torno a la macula y puntos hiperautofluorescentes en ambos nervios ópticos compatibles con drusas de nervio óptico. En el campo visual se objetivó un defecto periférico concéntrico extenso bilateral. Se realizó un electroretinograma con hallazgos compatibles con una distrofia retiniana. El estudio genético confirmó una mutación en heterocigosis del gen MYO7A compatible con un síndrome de Usher tipo I.

Conclusiones: El síndrome de Usher se caracteriza por su heterogeneidad tanto clínica como genética, siendo constante la sordera neurosensorial y la distrofia retiniana de fotorreceptores, sin embargo, podríamos estar ante uno de los pocos casos de síndrome de Usher con drusas del nervio óptico.

CPCC-031

¿QUÉ PUEDE SER UN «ECCEMA PALPEBRAL AMARILLO»?

Nerea García Garrido, Fiorella Salvador Salvador

Introducción: Son frecuentes las interconsultas médicas por problemas palpebrales como blefaritis o eccemas. A veces pueden ser difíciles de filiar sin una lámpara de hendidura. Se propone un caso clínico interesante y sus posibles diagnósticos diferenciales.

Caso clínico: Varón adolescente que acude por picor de párpados remitido por un posible ecema palpebral de semanas de evolución sin otros antecedentes de interés. A la exploración macroscópica se observa depósito amarillento sobre la raíz de las pestañas y adherido a la piel de los párpados. Agudeza visual normal, resto de exploración normal. A la exploración microscópica, se observa una infestación por el parásito demodex causante de blefaritis anterior. Se trata con higiene palpebral que incluye el bactericida aceite de árbol de té dos veces al día con revisión y se observa una gran mejora del cuadro.

Conclusiones: Una infestación por demodex puede producir depósitos amarillos que asemejan otras patologías macroscópicamente. La lámpara de hendidura puede ayudar en el diagnóstico etiológico correcto de las enfermedades palpebrales.

CPCC-032

ASOCIACIÓN DE TUMOR VASOPROLIFERATIVO CON EDEMA MACULAR A SÍNDROME DE NANOFTALMOS Y RETINITIS PIGMENTOSA

Ricardo García-Serrano Fuertes, José Carlos Fernández Fontán

Introducción: La microftalmia se define como un ojo con longitud axial disminuida y tendencia hipertrópica. Siendo de origen congénito, o asociada a exposición prenatal a teratógenos, alcohol e infecciones. Puede presentarse de forma heterogénea, aislada o formando cuadros sindrómicos. Se ha descrito la asociación de retinitis pigmentosa (RP), nanofthalmos, drusas de nervio óptico y foveosquisis en relación con mutaciones en el gen MFRP. Los tumores vasoproliferativos retinianos, lesiones benignas gliovasculares, han sido descritos en el seno de la RP.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 27 años que acudió por disminución de agudeza visual, 0.1 en ambos ojos (AO) pese a graduación (+13 AO). Al inicio, el fondo de ojo mostró espículas óseas y desprendimiento exudativo cronicado, confirmándose la microftalmia mediante ecografía. Tras 2 años de seguimiento, se produjo empeoramiento, y la fundoscopia reveló un tumor vasoproliferativo retiniano con fluido intrarretiniano macular en ambas tomografías de coherencia óptica. La angiografía con fluoresceína reveló edema macular (EM), envainamiento vascular y exudación en retina inferior. Se realizó un screening de metabolopatías, anemia, ecocardiografía y frotis que resultaron normales; la tomografía computarizada toracoabdominal evidenció discreta espleno-megalia. El estudio genético confirmó alteraciones en el gen MFRP. Se logró mejoría con corticoides orales y acetazolamida que persiste tras un año. El EM fue tratado con aflibercept, mejorando los quistes centrales. Actualmente se encuentra en descenso de corticoterapia.

Conclusiones: El desarrollo de tumores vasoproliferativos con EM en el seno de un síndrome microftalmos y RP resulta infrecuente. La interacción de factores genéticos es compleja y el papel del gen MFRP está por determinar. Para entender mejor esta presentación, son imprescindibles estudios genéticos exhaustivos y un seguimiento a largo plazo. El tratamiento deberá ajustarse a la evolución.

CPCC-033

ANULADO

Comunicaciones en Panel

CPCC-034

TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL Y PÉRDIDA DE VISIÓN AGUDA: ¿PUEDE SER EL REMEDIO PEOR QUE LA ENFERMEDAD?

Rosario Izquierdo Escámez, Francisco Lugo Quintas, Asunción Antón Palazón, Verónica Cerezo Quesada, José Isidro Belda Sanchís

Introducción: Más de 14 millones de adultos de 18 o más años presentan algún trastorno debido al consumo de alcohol. El topiramato es un fármaco sulfamato-sustituido que se utiliza como anti-convulsivo y profilaxis de la migraña. Fuera de indicación se utiliza para el alcoholismo, entre otros.

Caso clínico: Se presenta un varón de 30 años con pérdida de visión aguda bilateral. Es DJ de profesión y era consumidor de drogas y alcohol. Actualmente lleva 2 semanas en tratamiento con topiramato como parte del tratamiento de deshabitación alcohólica. Refiere ser emélope y en la exploración presenta una agudeza visual de 1/20 que alcanza 20/20 con una refracción de -6.00 dioptrías en ambos ojos. La presión intraocular (PIO) es de 13 mmHg. En el fondo de ojo se ven estrías maculares radiales y unas áreas tumefactas en los 4 cuadrantes periféricos con una tracción retiniana asociada. La OCT macular muestra pliegues de la membrana limitante interna. Además, en la OCT de segmento anterior se postula un cierre angular bilateral por un mecanismo de empuje posterior con líquido coroideo.

Discusión y conclusión: La complicación más temida del topiramato es el glaucoma agudo por cierre angular bilateral, la principal consecuencia del síndrome de efusión uveal que induce a las dos semanas de su inicio. Un aumento de la permeabilidad vascular ciliocoroidea conduce a un desplazamiento anterior del iris y cristalino, lo que explica el shift miópico y el glaucoma agudo. Estadios iniciales pueden cursar con PIO normal.

Con el antecedente de un fármaco nuevo, la presencia de un shift miópico junto a un cierre angular o estrías maculares nos debe hacer sospechar una efusión uveal. El pronóstico es bueno si el fármaco se interrumpe precozmente.

Existen millones de prescripciones de topiramato cada año, incluso fuera de indicación, por lo que la detección precoz de sus complicaciones puede evitar la ceguera permanente. Será importante proporcionar al paciente otras alternativas.

CPCC-035

ACUPUNTURA PERIOcular, UN CASO RARO DE PERFORACIÓN OCULAR Y ENDOFTALMITIS POR AGUJA DE ACUPUNTURA

Julia Pérez Martínez, Gemma Ortega Prades, Irene Gil Hernández, Yolanda Cifre Fabra, Marta Comes Carsi, Sergio Alfredo Maugard Tepper

Introducción: La acupuntura es una práctica de la medicina tradicional china que se ha extendido globalmente. Algunos autores describen los efectos beneficiosos de la acupuntura en la región periorcular para afecciones oftalmológicas y no oftalmológicas, pero su práctica puede poner en riesgo la integridad ocular. Presentamos un caso de perforación ocular causada por aguja de acupuntura.

Caso clínico: Varón de 51 años con ojo rojo doloroso, pérdida de agudeza visual (AV) y miodesopsias en ojo derecho (OD) de 48h de evolución. Como antecedente, refiere haberse sometido hace 12 días a una sesión de acupuntura periorcular en ambos ojos.

A su llegada la AV OD es de 0,6. Presenta hiperemia ciliar intensa, Tyndall y flare 4+, precipitados queráticos pancorneales, hipopion de 0,5 mm y sinequias posteriores abundantes. En el fondo de ojo observamos vitritis 4+ y una hemorragia retiniana temporal superior periférica con abundante exudación acompañante. Se completó el estudio con una ecografía ocular y OCT que mostraron un hematoma coroideo superior.

Ante la sospecha de perforación ocular por la aguja de acupuntura se obtuvieron muestras de humor acuoso para cultivo y se inició tratamiento empírico con colirios antibióticos reforzados (vancomicina y ceftazidima /1h), atropina 1%/12 h y diclofenaco/8h junto con antibioterapia oral (ciprofloxacino 500 mg/12h y linezolid 600 mg/12 h) e intravítrea (1mg/0,1 ml de vancomicina y 2 mg/0,1ml de ceftazidima dosis única). Su evolución clínica fue favorable, su AV mejoró hasta 0,8 tras 2 semanas de iniciar el tratamiento. Se realizó el diagnóstico clínico de endoftalmitis en base a sus antecedentes, a pesar de obtener cultivos microbiológicos negativos.

Conclusión: La aguja de pequeño calibre y curva empleada para realizar la acupuntura perforó el globo en la región supero-temporal produciendo el un hematoma coroideo e introduciendo el inóculo bacteriano. La antibioterapia precoz fue clave en el manejo y buena evolución del paciente.

CPCC-036

NEVUS DE OTA BILATERAL ASOCIADO A GLAUCOMA UNILATERAL; «DE MOMENTO»

Irene Platas Moreno, Silvia Carolina García Gago, M.^a Teresa Álvarez Barrios

Introducción: El Nevus de Ota (NO) o melanocitosis oculodérmica es un hamartoma producido por aumento del número y tamaño de melanocitos a nivel ocular y de la piel, a lo largo de la primera o segunda rama del trigémino, produciendo hiperpigmentación en las zonas afectas. Su incidencia es 5 veces mayor en mujeres. Es más frecuente en raza negra y asiática.

Caso clínico: Mujer caucásica de 10 años con Nevus de Ota bilateral derivada a consultas de oftalmología para valoración. Presentaba hiperpigmentación a ambos lados en regiones periorbitaria, malar y frontal y a nivel escleral. La agudeza visual (AV) sin corrección fue 1 en ambos ojos (AO). La presión intraocular (PIO) fue de 27 mmHg en ojo derecho (OD) y 26 mmHg en ojo izquierdo (OI) con una paquimetría de 575 y 573 micras respectivamente. El campo visual (CV), la tomografía de coherencia óptica (OCT) de capas de fibras (CFNR) y de células ganglionares y la excavación papilar fueron normales. Se diagnosticó de HTO recibiendo múltiples tratamientos hasta conseguir reducción con arteoptic 2% AO. Se siguió a la paciente, retirando el tratamiento en los embarazos. Con los años se produjo defecto inferior en OCT RNFL OI sin afectación del CV. La gonioscopia mostraba ángulo abierto con hiperpigmentación. Se diagnosticó de glaucoma preperimétrico por lo que se reintrodujo el arteoptic. Actualmente, a los 35 años, la PIO está controlada, sin nueva progresión, y no se han observado tumores intraoculares.

Conclusiones: El NO produce una hiperpigmentación congénita en diferentes niveles como la uvea, esclera y epiescleral.

Solo el 5% de los pacientes con NO son de raza caucásica, sin embargo, éstos tienen mayor riesgo de padecer melanomas coroides. El 10 % desarrollan glaucoma debido a la obstrucción de la malla trabecular por la hiperpigmentación.

El NO suele ser unilateral, siendo bilateral solo en el 5% de los casos.

Por todo ello son necesarias revisiones oftalmológicas completas cada 6-12 meses.

CPCC-037

ATENCIÓN A LOS TRATAMIENTOS QUIMIOTERÁPICOS: MEIBOMITIS SEVERA SECUNDARIA A PACLITAXEL

Victoria Conejo Pariente, Esther Corredera Salinero, Lucía López Caballero

Introducción: Las reacciones adversas oftalmológicas asociadas a taxanos representan el 1% de las mismas. En concreto la blefaritis asociada al tratamiento con Paclitaxel es una complicación fácilmente solucionable que se encuentra infradiagnosticada.

Presentamos el caso sobre blefaritis tras 8 ciclos de Paclitaxel como tratamiento adyuvante en cáncer de mama.

Caso clínico: Mujer de 60 años que acude a urgencias oftalmológicas por engrosamiento importante de ambos bordes palpebrales de ambos ojos, meibomitis severa y madarosis junto con dolor al tercer día de su octavo ciclo quimioterápico. Como antecedentes, destaca síndrome de Gitelman (tubulopatía renal) junto con carcinoma mamario abordado con mastectomía y quimioterapia adyuvante con el fármaco citado previamente en monoterapia. A su vez, neuropatía periférica en tratamiento con Pregabalina. Otros tratamientos en el momento del diagnóstico son Doxiciclina, Dexametasona, Potasio y Magnesio. Se somete a la paciente en consulta a drenaje mecánico de los 4 párpados, seguido de tratamiento domiciliario a base de calor y masaje sin recidivas posteriores. La paciente actualmente no presenta blefaritis ni tratamiento para la misma.

Conclusiones: En nuestra paciente, el tratamiento previo al diagnóstico con Doxiciclina, nos hace pensar que la aparición de blefaritis se pueda haber retrasado por la toma de la misma y, por otro lado, nos apoya que la causa de la patología sea el tratamiento quimioterápico.

En último lugar, casos como el presentado debe ponernos en alerta frente a patologías inesperadas oftalmológicas en pacientes con nuevos fármacos quimioterápicos, cada vez más frecuentes. Existe ya evidencia de casos de blefaritis severa asociada Paclitaxel, al igual que otros descritos en relación a otros fármacos como puede ser los inhibidores de la aromatasa o inhibidores del proteasoma.

CPCC-038

DIPLOPÍA SECUNDARIA A UN MENINGIOMA PETROCLIVOIDEO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ignacio Cañas Zamorra, Luis Álvarez-Cascos López

Introducción: Presentamos el caso de un paciente de 78 años que acudió a consultas de oftalmología refiriendo una diplopía binocular horizontal de 12 meses de evolución. La exploración oftalmológica reflejó una endoforia de bajo ángulo, solicitando estudios de neuroimagen por protocolo.

Caso Clínico: El paciente acudió a consultas de oftalmología, derivado desde atención primaria, por presentar diplopía horizontal de 12 meses de evolución. Como antecedentes sistémicos incluía hipertensión, dislipemia y angina de pecho tratada con un stent farmacoactivo.

En la exploración mostraba una agudeza visual 0.9 en escala decimal, con pupilas isocóricas normorreactivas sin defecto pupilar aferente relativo. El cover test mostró una endoforia bilateral de +8 dioptrías prismáticas en la visión lejana y + 2 dioptrías en la visión cercana, con dudosa limitación a la abducción del ojo izquierdo. El examen campimétrico y la tomografía de coherencia óptica (OCT) de nervio óptico fueron normales.

Se descartó analíticamente la orbitopatía por IgG4. La tomografía axial computerizada (TAC) de cráneo mostró una lesión expansiva en el seno cavernoso izquierdo, con extensión parcial a la silla turca y cavum izquierdo.

La resonancia magnética orbitaria y centrada en silla turca reveló la existencia de un meningioma petroclival que infiltra seno cavernoso izquierdo. El comité de tumores decidió que el tratamiento más adecuado era la radioterapia local hipofraccionada. El paciente mantiene buen control de la diplopía con gafas monofocales de lejos con prisma de + 4 dioptrías prismáticas en cada cristal.

Conclusiones: Los meningiomas petroclivales son tumores originados en los dos tercios superiores del clivus y mediales al V par craneal. Sus síntomas están relacionados con las estructuras que invaden siendo principalmente la cefalea, neuralgia del trigémino y diplopía. Es importante hacer pruebas de neuroimagen por protocolo en las diplopías, aunque sean de bajo ángulo y larga evolución.

CPCC-039

PARÁLISIS DEL VI PAR CRANEAL SECUNDARIA A SINUSITIS ESFENOIDAL AGUDA

Marina Fernández Jiménez, Luis Celestino Franco Fente, Sofía Bryan Rodríguez, Blanca Eslava Valdivielso, Adriana Mazzucchelli Domínguez, Pablo García-Consuegra López-Picazo

Introducción: La parálisis aislada del VI par craneal (PC) implica realizar un amplio diagnóstico diferencial.

La sinusitis esfenoidal (SE) supone el 1-2% de las infecciones de senos paranasales y asocia parálisis oculomotora hasta en un 12% de los casos, siendo el VI PC el más frecuentemente afectado.

Se presenta un caso de parálisis del VIPC izquierdo secundaria a una sinusitis aguda esfenoidal ipsilateral.

Caso clínico: Mujer de 26 años, con diagnóstico de SE aguda en contexto de cefalea hemicránea izquierda de 5 días de evolución.

Acude a urgencias por persistencia de la cefalea y visión doble. Confiesa no haber cumplido el tratamiento antibiótico prescrito.

A la exploración, presenta diplopía horizontal en posición primaria de la mirada con empeoramiento a la visión lejana y la levoversión; exotropía del ojo izquierdo (OI) en lejos y limitación severa de la abducción del OI (-4/4).

Ante la sospecha de parálisis del VIPC izquierdo, se solicitan pruebas complementarias. Se objetiva: leucocitosis con neutrofilia, y ocupación del seno esfenoidal izquierdo por material de aspecto inflamatorio en TAC craneal urgente con fase venosa, sugestivo de SE izquierda.

Ingresa para estudio etiológico y se inicia antibioterapia y corticoterapia intravenosa. Durante el ingreso, la punción lumbar y serología resultaron normales y la resonancia magnética cerebral descarta otras posibles causas del cuadro más allá de la SE.

Ante la mejoría clínica con tratamiento conservador y la ausencia de otras causas identificables que justifiquen el cuadro, se asume el juicio clínico de «parálisis aislada del VIPC izquierdo secundaria a una SE aguda izquierda».

Conclusión: La parálisis aislada del VIPC obliga a realizar una buena exploración neuro-oftalmológica y un amplio diagnóstico diferencial. Aunque poco frecuente, la SE es una causa potencialmente grave en la que el diagnóstico y tratamiento precoces resultan clave, lográndose la resolución completa del cuadro en el 82% de los casos.

CPCC-040

NEUROPATÍA ÓPTICA ISQUÉMICA NO ARTERÍTICA (NOIA-NA) UNILATERAL TRAS COLONOSCOPIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Esther Folgueras Aparicio, Laura Cabrejas Martínez

Introducción: La NOIA-NA es una afección isquémica de la cabeza del nervio óptico por afectación de las arterias ciliares posteriores, más prevalente en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, discos ópticos pequeños y unilateral en el 80% de los casos. Este evento isquémico es la principal causa de ceguera postoperatoria, el riesgo es mayor en cirugías de columna y cardiopulmonares con anestesia general, reduciéndose en el resto.

Caso clínico: Mujer de 63 años refiere pérdida de visión en ojo derecho (OD) tras polipectomía colonoscópica con sedación complicada con rectorragia y anemia posterior que requirió transfusión sanguínea. La máxima agudeza visual corregida (MAVC) es de 0.9+2 con defecto pupilar aferente relativo derecho. Biomicroscopía normal. En fondo de ojo (FO) encontramos edema de papila en OD con drusas maculares. En la tomografía de coherencia óptica (OCT) del OD, las capas de fibras nerviosas (RNLF) se encuentran engrosadas en los 4 cuadrantes. El campo visual (CV) del OD presenta un escotoma altitudinal inferior. Exploración física con analítica incluyendo VSG normal. En las revisiones posteriores se mantiene MAVC de 0.9+2 en OD con evolución a la palidez papilar superior y reducción de RNLF superior en OCT, con el mismo defecto en el CV.

Conclusiones: La NOIA-NA es una complicación poco frecuente tras procedimientos quirúrgicos y excepcional en el contexto de una colonoscopia. Sin embargo, debemos tenerlo en cuenta en casos en los que, como nuestra paciente, han presentado pérdida hemática importante.

El pronóstico visual es incierto, en un 40% de los casos se objetiva algún grado de recuperación visual, sin embargo, la recuperación del CV es menos común.

Debido a que no existe un tratamiento eficaz para esta patología, el objetivo está en la prevención, identificando pacientes con factores de alto riesgo antes y durante la intervención, además del seguimiento en consultas para evitar la afectación del ojo adelfo.

CPCC-041

NEURITIS ÓPTICA POR SILDENAFILO

Alicia Gómez Saiz, Denisse Espinosa Encalada, Pilar Escribano Argandoña, Marta M.^a Cañete Gómez, Manuel Cebrián Toboso, Raquel Maroto Cejudo

Introducción: El sildenafil pertenece a una clase de medicamentos llamados inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (iPDE5) utilizados para el tratamiento de la disfunción eréctil, habiéndose descrito deferentes alteraciones oculares debidas a los fármacos de este grupo.

Caso clínico: Varón de 48 años que acudió a urgencias por pérdida de agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD) de una semana de evolución tras la toma de dos comprimidos de sildenafil de 25 mg. En la exploración, presenta AV OD cuenta de dedos a 1 metro, defecto pupilar aferente relativo (DPAR) con polo anterior y presión intraocular normales. En el examen de fondo de ojo, se observa palidez papilar sin edema ni hemorragias, mácula normal y resto de polo posterior normal.

Ante la sospecha de una neuritis óptica de OI se solicita campimetría en la que se objetiva abolición completa del campo visual, con estudio analítico, pruebas de imagen cerebrales y doppler de troncos supraaórticos normales, estableciendo, por tanto, el diagnóstico de neuropatía óptica isquémica aguda no arterítica (NOIANA) en contexto probable con la toma de sildenafil.

Conclusiones: En el estudio oftalmológico de pacientes con sospecha de neuropatía óptica isquémica se debe investigar el uso de fármacos que predispongan a su aparición, siendo La los iPDE5 utilizados para el tratamiento de la disfunción eréctil uno de ellos.

CPCC-042

¿ES UN GLAUCOMA NORMOTENSIVO?

Isabel de la Trinidad Iglesias Lodaes, M.^a Pilar Rodríguez Merchante, Laura Cabrejas Martínez, Miguel Ángel Alonso Peralta

Introducción: La neuropatía óptica glaucomatosa en pacientes con presión normal es una patología bien conocida y cuyo diagnóstico debe ser muy cuidadoso.

Los glaucomas normotensivos asimétricos han de ser reevaluados y considerar otras opciones antes de tener un diagnóstico de certeza de esta patología.

Caso Clínico: Presentamos un varón de 53 años en seguimiento de glaucoma con aumento de la e/p de AO asimétrica, mayor en OI y deterioro de campo visual temporal en OI.

Partiendo de una PIO basal de 18 mmHg se prescribió un análogo de prostaglandinas pero a pesar de mantener la presión por debajo de 12 mmHg se evidencia progresión en las CV del OI y comienzo de deterioro del CV del OD, lo que hace sospechar la existencia de factores vasculares como causa del glaucoma, dados los antecedentes de tromboembolismo del paciente. Se pide ecodoppler de troncos supraaórticos, interconsulta a medicina interna y a nefrología, así como un estudio de posible apnea del sueño.

El daño de ambos nervios ópticos va progresando a pesar de mantener la PIO en límites de normalidad y el paciente es diagnosticado de un glaucoma normotensivo.

Tras dos años de seguimiento acude a urgencias con una paresia aguda de III y VI PC por lo que se le hace una angio TAC que evidencia un macroadenoma hipofisario en reloj de arena, intraselar, supraselar y con extensión al seno cavernoso izdo, con datos de sangrado activo.

Conclusión: Ante el deterioro de las pruebas funcionales y estructurales en un glaucoma normotensivo, debemos descartar siempre la causa compresiva como origen de la progresión del daño del nervio óptico.

Debemos prestar atención a la presencia de signos atípicos en el glaucoma y no olvidar la necesidad de realizar una prueba de imagen ante la sospecha de un posible origen neurológico en el deterioro del nervio óptico de nuestros pacientes.

CPCC-043

CEGUERA REVERSIBLE SECUNDARIA A GRAN MENINGIOMA FRONTAL

Ane López de Calle Cortázar, Marta Pons María

Introducción: La neuropatía óptica compresiva es una de las principales causas de pérdida de visión aguda en adultos jóvenes. El correcto manejo, diagnóstico y tratamiento es clave en su pronóstico.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 37 años en seguimiento por oftalmología que 9 meses después de su última revisión, en la presentó una exploración oftalmológica normal con una agudeza visual (AV) de la unidad, refiere disminución de la visión que ha ido en aumento, presentando en dicho momento una AV menor a 0.01 en ambos ojos. Los movimientos oculares intrínsecos se demostraron normales. En el fondo de ojo (FO) se observó leve palidez papilar de predominio en temporal. La tomografía de coherencia óptica de capa de fibras nerviosas retinianas (OCT CFNR) mostró pérdida de fibras en temporal en ojo derecho y en temporal inferior en ojo izquierdo. Se planteó un estudio de capa de células ganglionares (CCG) que confirmó la pérdida de fibras. Se solicitó valoración por neurooftalmología con un campo visual (CV), que objetivó un escotoma absoluto. Ante los hallazgos, se solicitó una tomografía computarizada (TC) craneal que mostró un meningioma dependiente del surco olfatorio de 5,7 x 6,6 x 7,5 cm que producía compresión sobre el parénquima adyacente y sobre el quiasma óptico. El paciente fue sometido a una craneotomía y resección tumoral. Semanas después fue revalorado, presentando una AV de 1 en ambos ojos. En el CV se observó una leve cuadrantanopsia bitemporal superior y en la OCT CCGG persistía una pérdida difusa de fibras.

Conclusiones: Una ceguera parcial bilateral de inicio agudo en un paciente joven plantea un diagnóstico diferencial en el que las causas compresivas deben ser descartadas por su potencial amenaza a para la vida.

La OCT CFNR, la OCT de CCGG y CV son pruebas complementarias muy útiles que pueden hacer sospechar una causa compresiva.

Un correcto diagnóstico y tratamiento pueden llegar a revertir la pérdida de visión.

CPCC-044

FALSO NEGATIVO DEL TEST DE APRACLONIDINA EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE HORNER AGUDO

Enma Yesenia Marín Concha, Raquel Rodrigo Fernández, José Carlos Escribano Villafruela Alex Gago Arguello, José Luis Urcelay Segura, Víctor Antón Modrego

Propósito: Describir un paciente con síndrome de Horner agudo y un test de apraclonidina negativo al diagnóstico pero con pequeñas respuestas en el diámetro de la pupila y la disminución de la ptosis, y que en el seguimiento positiviza la prueba.

Método: Se presenta un caso de un paciente con síntomas de síndrome de Horner doloroso agudo, test de apraclonidina negativo y disección carotídea bilateral en el Angiotac de arterias carótidas. En el seguimiento se realiza una pupilometría y se repite el test de apraclonidina.

Resultados: Paciente de 52 años que acudió a urgencias por cefalea y ptosis de lado derecho de 3 días de evolución, en la exploración se objetiva miosis en ojo derecho. Se realiza test de apraclonidina 0.5% resultando negativo, ya que no demostró una reversión de la anisocoria; sin embargo, se observaron cambios sutiles en las pupilas y párpados en respuesta a la apraclonidina que eran consistentes con una hipersensibilidad a la denervación simpática. Por dicha sospecha se realiza una tomografía cerebral y un Angiotac de arterias carótidas donde se confirma una disección carotídea bilateral y pseudoaneurismas carotídeos. El paciente inicia tratamiento con Adiro y es seguido en consulta de neurología. Al mes del diagnóstico se repite la prueba de apraclonidina que resulta positivo, confirmándose con una pupilometría donde se demuestra la reversión de la anisocoria.

Conclusión: La reversión de la anisocoria después del test de apraclonidina no ocurre en todos los pacientes con afectación de la vía simpática de forma aguda, ya que la hipersensibilidad por denervación tarda en instaurarse entre 5 a 8 días posterior a la lesión. Ampliar los parámetros para definir un resultado positivo de la prueba podría optimizar la utilidad de esta, o apoyarnos en otras pruebas como el test de cocaína.

CPCC-045

MACROADENOMA DE HIPÓFISIS EN PACIENTE CON GLAUCOMA

Sergio Matas Granados, Arturo Talego Sancha, Andrés Romero Martínez, Wilfredo Menjívar Aguilar, Magdalena Sotomayor Toribio

Introducción: El adenoma hipofisario es un tumor benigno que representa el 8-10% de las masas intracraneales. La neuropatía óptica compresiva asociada puede ser clínicamente indistinguible de la neuropatía óptica glaucomatosa. La coexistencia de defectos complejos del campo visual (CV) junto con defectos glaucomatosos, da lugar a que el diagnóstico pueda ser un desafío.

Caso clínico: Mujer de 66 años con pérdida de visión progresiva por ambos ojos (AO) de meses de evolución. La agudeza visual (AV) era de 0.4 en su ojo derecho (OD) y 0.1 en ojo izquierdo (OI). A la exploración presentaba unas cataratas incipientes, presiones intraoculares de 20 mmHg con paquimetrías finas (485 micras) y excavaciones papilares de 0.7 en AO.

La tomografía de coherencia óptica (OCT) de máculas fue normal y la OCT de papilas mostró un adelgazamiento severo en la capa de fibras nerviosas peripapilar de AO. El CV reveló un escotoma arciforme superior en su OD asociado a hemianopsia temporal. El CV del OI no fue posible realizarlo por mala AV.

Tras instaurar tratamiento con colirio de bimatoprost, solicitamos una resonancia magnética craneal urgente, la cual evidenció un macroadenoma hipofisario de unos 4 centímetros de diámetro con compresión del quiasma óptico.

La paciente fue intervenida 4 meses después en neurocirugía. La AV de OI mejoró a 0.4 pero empeoró en OD por restos tumorales en contacto con el nervio óptico derecho. El CV del OD quedó completamente abolido y en OI mostró un defecto arciforme superior junto con hemianopsia temporal.

Conclusiones: Los macroadenomas hipofisarios pueden pasar desapercibidos o diagnosticarse con retraso cuando los pacientes de oftalmología ya reciben seguimiento por otra patología. El retraso diagnóstico puede conllevar en algunos casos una profunda pérdida del campo y la agudeza visuales.

La excavación papilar amplia es un conocido signo de glaucoma, aunque también podemos encontrarla en las neuropatías ópticas compresivas.

CPCC-046

EDEMA DE PAPILA UNILATERAL: ¿LA SOLUCIÓN ES LA CAUSA?

Sergio Maugard Tepper, Francisco Calleja Casado, Rosario de la Cruz Águilo, Laura Manfreda Domínguez

Introducción: El edema de papila es de etiología diversa, incluyendo de origen vascular, inflamatorio, infeccioso, neoplásico, autoinmune, entre otros. En algunos casos, el aumento mantenido de la PIO puede desencadenar esta condición. Se han descrito casos de edema de papila unilateral secundario al descenso brusco de la PIO.

Caso Clínico: Adolescente va a urgencias con baja visión en OI tras golpe con varita plástica. AVMC era 1 en OD y 0.66 en OI. La evaluación con LH reveló un hifema de 1.2mm, tyndall +4 y flare +1. La pupila OI era discórica e hiporreactiva, PIO 17mmHg. FO no valorable. La ecografía modo B mostró retina a plano, sin desgarros ni hemorragias.

Se inició tratamiento con midriáticos, corticoides tópicos y pomada de hidrocortisona por la noche. Al día siguiente, AVMC mejoró a 1 en OI, hifema se redujo a 0.8 mm y PIO de 20 mmHg. A las 48h, hifema de 0.6 mm y PIO 22 mmHg. A las 48h siguientes, hifema de 0.8mm y PIO 40mmHg. Se añade brimvera y elebloc. La PIO se mantuvo en 50mmHg. Se añade edemox y ajuste dosis de corticoides.

A las 48h, hifema se resolvió y PIO 28 mmHg, por lo que se agregó azopt. Se logra control de PIO y se retira edemox. A las 48h, en FO se observó edema de papila unilateral y PIO normal. A los 7 días, PIO 21mmHg y menor edema de papila. 10 días después, se realiza campo visual con escotoma superior en OI. 2 semanas después, edema de papila se resolvió, y OCT mostró defecto inferior tanto de RNFL como GCL. La AVMC era 1 en AO, con PIO 17 mmHg sin tratamiento y pupila izquierda en midriasis media reactiva.

Conclusión: El edema de papila unilateral que aparece posteriormente al resolver la hipertensión ocular se ha descrito en casos de cierre angular primario en que se baja la PIO de forma enérgica. En nuestro caso, el mecanismo etiológico del edema de papila podría ser similar, en que podría producirse una efusión coroidea o sobreflujo axoplásmico por el descenso brusco de la PIO, y no por la coexistencia de otra neuropatía óptica.

CPCC-047

MÁS ALLÁ DE LA OSCURIDAD: RECUPERACIÓN DE LA VISIÓN EN UN PACIENTE CON MENINGIOMA GIGANTE CON AFECTACIÓN DE NERVIÓ ÓPTICO

Vicente Miralles Pechuán, Lorena Picasso Simón, Víctor Altares Mateos, Vanesa Mittendrein, Julio González Martín-Moro, María Castro Rebollo

Introducción: Los meningiomas con afectación del nervio óptico son tumores inusuales de la vía visual anterior. Sin tratamiento, el crecimiento del tumor lleva a pérdida visual progresiva hasta la ceguera debido a la compresión que ejerce sobre el nervio óptico.

Caso clínico: Se presenta el caso clínico de una paciente de 68 años que acudió a Urgencias por visión borrosa en el ojo izquierdo (OI) de 4 meses de evolución. La paciente no refería antecedentes oftalmológicos ni personales de interés. La agudeza visual (AV) en el OI era de 1/10.

En la exploración presentó un defecto pupilar aferente relativo (DPAR) en el OI. No se observaron alteraciones en el polo anterior ni en la Tomografía de Coherencia Óptica Macular (OCT). La OCT papilar del OI mostró defectos en los cuadrantes superior y temporal con afectación severa de las células ganglionares, sobre todo de la zona superior. La coloración papilar no mostraba alteraciones y la excavación era ligeramente asimétrica: 0.56 en el OD y 0.66. Ante la sospecha de la posible afectación neurológica, se solicitó un campo visual estándar (24-2) en el que se apreció una afectación de la zona temporal en el OD con un defecto periférico y afectación del cuadrante nasal inferior y una completa abolición en el OI. También se solicitó un (TAC) de manera urgente que se demostró una lesión compatible con un meningioma. Se derivó al paciente al Servicio de Neurocirugía y se llevó a cabo la resección de la tumoración a través de una craneotomía. Diez meses después de la intervención, presentó una mejoría de la visión casi completa, con una AV de 1 en AO y recuperación de la visión periférica confirmado en el CV.

Conclusiones: Este caso clínico refleja la importancia del seguimiento en paciente con pérdida lenta y progresiva de la AV sin otra clínica otra clínica neurológica y el diagnóstico diferencial que debemos tener en cuenta en los defectos visuales en la campimetría.

CPCC-048

HERPES ZÓSTER OFTÁLMICO CON COMPROMISO OCULOMOTOR EN PACIENTE JOVEN INMUNOCOMPETENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Almudena Montejo Elorza, Javier Pascual Prieto, Ibrahim Martínez Campo, Casandra Edouard Hermoso

Introducción: El herpes zóster oftálmico (HZO) es la diseminación del virus varicela-zóster (VVZ) desde el ganglio de Gasser, donde queda acantonado tras la primoinfección. Al reactivarse, el virus accede al nervio trigémino en su rama V1. Debido a la estrecha relación anatómica de este con los pares craneales oculomotores en el seno cavernoso y fisura orbitaria superior, el HZO puede afectar a los mismos y manifestarse como parálisis oculomotora.

Caso clínico: Varón de 30 años acude a urgencias por dolor ocular izquierdo, fotofobia y lagrimeo de 48 horas de evolución. A la exploración destaca hiperemia conjuntival y edema palpebral con vesículas en párpado superior izquierdo. Tras iniciar tratamiento con valaciclovir oral se observa una queratouveítis herpética, así como ptosis palpebral y limitación de la supraducción del mismo lado (se obtiene consentimiento informado escrito del paciente para toma de fotografías). Se realiza tomografía computarizada craneal que resulta normal. Ante los hallazgos se decide ingreso hospitalario para tratamiento antiviral y corticoideo intravenoso; estudio de causas de inmunosupresión y realización de resonancia magnética craneal, que muestra realce del nervio trigémino izquierdo. El paciente mostró una respuesta favorable al tratamiento intravenoso con recuperación completa de la motilidad ocular.

Conclusión: El HZO supone alrededor del 20% de los casos de herpes zóster. La forma más común de presentación es queratitis, uveítis o conjuntivitis. Sin embargo, existen casos de afectación oculomotora por el virus, siendo más frecuente en pacientes mayores e inmunodeprimidos. Ante una parálisis oculomotora con sospecha de reactivación por VVZ es necesaria la realización de pruebas de imagen para descartar complicaciones u otras etiologías. Este caso inusual de un paciente joven y sano con paresia oculomotora por HZO muestra la importancia de un abordaje rápido y agresivo mediante tratamiento intravenoso para evitar sus graves secuelas.

CPCC-049

NEUROPATÍA ÓPTICA COMPRESIVA BILATERAL INTRACRANEAL ATÍPICA

Andrés Jesús Peñalver Alcaraz, Juan Antonio Miralles de Imperial Ollero, Maite Valentina Serrano Pérez, Victoria Miralles Martínez, Soukaina Mouak Cherkaoui, M.^a Paz Villegas Pérez

Introducción: La neuropatía óptica de origen compresivo es una patología secundaria frecuentemente a lesiones tumorales, infecciones o inflamaciones. En la mayoría de los casos se produce una pérdida visual progresiva acompañada o no de edema de papila dependiendo de la localización de la lesión subyacente. La resonancia magnética (RM) es una prueba complementaria fundamental para el diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Mujer de 76 años con cefalea fronto-orbitaria bilateral opresiva que no cedía con analgesia y una disminución progresiva de la agudeza visual (AV) bilateral no simultánea de visión de 4 meses de evolución. Percibe luz por el ojo derecho y cuenta dedos a menos de 1 metro por el ojo izquierdo. En el examen de la cámara anterior y del fondo de ojo no se encontró ninguna alteración. En la tomografía de coherencia óptica de mácula y círculo de papila se encontró una disminución del número de células ganglionares maculares, conservando el espesor de las fibras del área peripapilar. La RM mostró engrosamiento difuso de la meninge y que comprimía al quiasma óptico. Se encontraron niveles elevados en sangre de anticuerpos anti-citoplasma de los neutrófilos (p-ANCA) y se realizó una biopsia meníngea que reveló un infiltrado linfocitario crónico, por lo que fue diagnosticada de paquimeningitis secundaria a poliangeitis microscópica. Se trató con bolos de corticoides e inmunosupresores (IS). Aunque los síntomas neurológicos de la paciente mejoraron, la agudeza visual no varió.

Conclusión: La paquimeningitis es un proceso inflamatorio fibroso de la duramadre causada por enfermedades infecciosas, neoplásicas o autoinmunes. La vasculitis asociada a p-ANCA es la vasculitis de pequeño vaso más frecuente en adultos y puede presentarse de forma atípica con afectación del sistema nervioso central. Tanto el infiltrado inflamatorio en la biopsia meníngea como la mejoría clínica neurológica tras el tratamiento IS debe considerarse para su diagnóstico definitivo.

CPCC-050

PÉRDIDA VISUAL BILATERAL TRAS ARTRODESIS LUMBAR: UNA SORPRESA DIAGNÓSTICA

Raquel Salazar Méndez, Alba Feal Rodríguez, Marta Álvarez Sánchez, M.^a Teresa Suárez Muñiz, Tamara Dorado Fernández

Introducción: La neuropatía óptica isquémica (NOI) bilateral es una complicación que, aunque poco frecuente, ha de considerarse en el diagnóstico diferencial de la pérdida visual grave tras cirugía de columna.

Caso Clínico: Se solicita primera visita preferente en paciente de 35 años con pérdida visual bilateral de seis meses de evolución que relaciona con antecedente de artrodesis lumbar por espondilolistesis. Dada sobrecarga en la consulta se cita en la agenda de enfermería para realizar campimetría, presentando un campo muy deprimido en la estrategia 24-2 con un índice de campo visual (VFI) del 20% en ambos ojos y en el central 10-2 una desviación media (DM) de -20.21 dB en ojo derecho (OD) y -19.27dB P<1% en ojo izquierdo (OI). Con la sospecha de una NOI bilateral secundaria a cirugía espinal, se explora al paciente en consulta oftalmológica. La mejor agudeza visual corregida es de 0.6 en OD y 0.7 en OI con presión intraocular normal y segmento anterior sin hallazgos. Contra todo pronóstico la funduscopia no confirma una atrofia óptica sino un papiledema bilateral con adelgazamiento difuso de la capa de células ganglionares. Se acuerda ingreso hospitalario para agilizar estudios, presentando en la resonancia cerebral un meningioma interhemisférico frontal de 6x6 cm con desplazamiento posterior de la corteza motora primaria de predominio en el lado derecho y edema vasogénico con desplazamiento de la línea media y colapso parcial ventricular. Se programa craneotomía y exéresis de la lesión, confirmando se trata de un meningioma fibroso.

Conclusiones: Si bien la anamnesis es fundamental para orientar el diagnóstico, éste ha de reconsiderarse siempre en función de los hallazgos exploratorios. Así en nuestro caso y pese a la relación temporal con la cirugía espinal descrita por el paciente, la presencia de papiledema obliga siempre a realizar pruebas de neuroimagen para descartar causas de hipertensión intracraneal como son las lesiones ocupantes de espacio.

CPCC-051

HIPOPLASIA CONGÉNITA DE NERVIÓ ÓPTICO: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Íñigo Salmerón Garmendia, Nerea Gangoitia Gorrotxategi, Ana Jiménez Alonso, Leire Olazarán Gamboa, Ana Sofía Argüelles, Irene Reyزابال Ereño

Introducción: Dentro de las anomalías del nervio óptico tenemos un grupo heterogéneo de patologías entre las que se encuentra la hipoplasia de nervio óptico (HNO). La HNO es una anomalía congénita no progresiva asociada a una reducción del número de axones en uno o ambos nervios ópticos (NO). Es una entidad poco frecuente, pero es causa de la mayor parte de casos de disminución de la agudeza visual en la infancia.

Resumen: La HNO cuando es bilateral suele manifestarse los primeros meses de vida con un nistagmus y baja visión precoz. La HNO unilateral se presenta en edades más avanzadas como endotropía unilateral y ambliopía del mismo ojo. Puede estar asociado a otras alteraciones estructurales del sistema nervioso central (SNC), por ejemplo malformaciones de los hemisferios cerebrales, infundíbulo hipofisario o estructuras de la línea media.

Los tres casos clínicos fueron diagnosticados los primeros meses de vida; presentaban nistagmus horizontal y estrabismo convergente.

A la exploración oftalmológica presentaban agudezas visuales menores de 0.1. El polo anterior era normal. En el fondo de ojo presentaban signos de hipoplasia de nervio óptico; disco óptico pequeño de coloración pálido-grisácea, signo de doble anillo, tortuosidad vascular... Todos ellos se asociaban a alteraciones de SNC; hipoplasia de bulbos olfatorios, rasgos dismórficos, alteración de estructuras de la línea media...

A todos los pacientes se les realizaron pruebas de electroretinograma y potenciales evocados visuales, tomografías de coherencia óptica, resonancia magnética central y estudios hormonales.

La HNO requiere realizar un diagnóstico diferencial amplio con otras patologías del nervio óptico: disco óptico inclinado, atrofia de nervio óptico, glaucoma ...

Conclusión: La HNO es una enfermedad congénita poco frecuente. Su diagnóstico suele ser precoz y requiere estudio sistémico para descartar anomalías del SNC. Requiere un abordaje multidisciplinar temprano y seguimiento oftalmológico anual.

CPCC-052

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE NEUROPATÍA CRANEAL DESMIELINIZANTE AGUDA

Marta Vela de la Torre, Samira Ketabi Shadvar, Mar González Manrique, Noelia Montaña Muñoz, Pablo Ysart Egusquiza

Introducción: Los síndromes desmielinizantes tipo Guillain-Barré y sus variantes pueden presentar distintas formas clínicas con sintomatología que se solapa entre ellas y que puede confundirse también con otro tipo de patologías del sistema nervioso central.

Caso clínico: Mujer de 31 años, con obesidad, que acude a urgencias por cefalea leve y diplopía binocular con ptosis del ojo derecho (OD) de 2 días de evolución, las semanas previas había sido tratada por un cuadro gripal. La exploración ocular se observó limitación en la elevación de ambos ojos, mayor en OD, con síndrome en V, diplopía en todas las posiciones de la mirada excepto en infraversiones. La ptosis del OD no parecía fluctuar y fue negativa al test de hielo. La agudeza visual, fondo de ojo, campo visual y función del elevador del párpado superior fueron normales. La prueba de imagen craneal fue normal. La paciente presentó una presión de apertura de líquido cefalorraquídeo de 35 cmH₂O, con lo que se inició tratamiento con acetazolamida oral. Ante la falta de respuesta del cuadro ocular y ausencia de edema de papila, se realizaron otras pruebas complementarias siendo negativas los anticuerpos antirreceptores de acetilcolina y positivos para anti-GQ1b. La paciente mejoró con inmunoglobulinas intravenosas con resolución completa del cuadro ocular.

Conclusiones: El síndrome de Miller-Fisher es una polineuropatía desmielinizante aguda, variante del Guillain-Barré, poco frecuente con síntomas variables que pueden ser complejos de diagnosticar.

En nuestro caso clínico la paciente no presentaba la triada clásica de oftalmoparesia, ataxia y arreflexia y su estudio era compatible con una hipertensión intracraneal idiopática. La falta de respuesta al tratamiento inicial y el antecedente infeccioso previo fueron determinantes para la sospecha, correcto diagnóstico y tratamiento de la paciente.

CPCC-053

NEUROPATÍA ÓPTICA PARANEOPLÁSICA ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTI MOG

Nuria Velasco De-Cos, Javier Sánchez Rodríguez, Raquel Guerra-Velasco García, Carmen Burgueño Montañés

Introducción: Un síndrome paraneoplásico implica daño de órganos y tejidos alejados de un tumor primario.

Son escasos los casos descritos asociados a Ac (anticuerpos) Anti MOG (mielina-glicoproteína-oligodendrocina), anticuerpo de bajo riesgo (menos de 30% de casos asociados a cáncer). El MOGAD (Síndrome por anticuerpos contra la glicoproteína de mielina del oligodendrocito) es probable que sea una respuesta autoinmune aberrante a desencadenantes como infección o malignidad.

Caso clínico: Varón con diagnóstico previo de adenocarcinoma primario pulmonar estadio IV-B. Inició tratamiento no curativo con inmunoterapia tres meses antes de acudir con pérdida de visión binocular completa, subaguda e indolora.

La agudeza visual es de percepción luminosa en el ojo derecho y de 0.2 en el ojo izquierdo; la presión intraocular es de 11 mmHg en ambos ojos y la exploración del segmento anterior muestra leve celularidad derecha. La fundoscopia revela ambos nervios ópticos sobreelevados de forma sutil y poco definidos. La campimetría no apaga test con el ojo derecho y el izquierdo tiene un residual central. La tomografía por coherencia óptica muestra un edema de 156 micras izquierdo; no valorable el ojo derecho.

Tras los hallazgos clínicos radiológicos y neurofisiológicos es diagnosticado de Neuropatía óptica bilateral.

De los estudios de laboratorio solo destacan Ac-Anti MOG positivos a títulos elevados, y síntesis intratecal de IgG.

Se pautaron corticoides intravenosos sin eficacia. Tras tres sesiones de plasmáferesis la agudeza visual es de movimiento de manos con un campo residual central en ambos ojos. En un principio se cataloga de síndrome MOGAD, en la actualidad se plantea como un probable síndrome paraneoplásico asociado a Anti MOG.

Conclusiones: Los síndromes paraneoplásicos son un importante diagnóstico diferencial. La mayoría se producen por reactividad cruzada inmunomediada.

Resulta crucial reconocerlos ya que pueden preceder a la neoplasia de base.

CPCC-054

ANISOCORIA EN SÍNDROME DE COMPRESIÓN NEUROVASCULAR POR CONTACTO III PAR CRANEAL DERECHO CON ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR DERECHA: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.^a del Carmen Yáñez Sánchez, Inés Iglesias Cabrero

Introducción: Se presenta un caso de anisocoria (midriasis de ojo derecho) por síndrome de compresión neurovascular por contacto de arteria cerebral posterior derecha con III par craneal derecho.

Caso clínico: Varón de 70 años sin antecedentes personales de interés derivado a consultas de oftalmología por hallazgo casual de anisocoria (midriasis de ojo derecho) tanto en condiciones fotópicas como escotópicas. El resto de la exploración oftalmológica era normal, sin ptosis ni oftalmoparesia asociadas y con agudeza visual (AV) de 1 en ambos ojos. El paciente negaba síntomas de focalidad neurológica.

Ante la sospecha de pupila tónica de Addie, se realizó el test de pilocarpina diluida al 0.1%, que fue negativo, por lo que se solicitó TC cerebral y angiRM para descartar paresia del III par craneal de causa compresiva. Las pruebas de neuroimagen no presentaron hallazgos de patología intracraneal aguda, lesión ocupante de espacio ni aneurisma, sin embargo, demostraron contacto vascular de la arteria cerebral posterior derecha con el III par craneal derecho por una posición más elevada de la misma con respecto a la población general, diagnosticándose de síndrome de compresión neurovascular que podía justificar la midriasis de ojo derecho aislada.

Conclusión: Las fibras pupilares del III nervio craneal ocupan una posición periférica, lo que las hace más vulnerables a la compresión externa. La midriasis aislada por compresión del III par craneal es algo poco frecuente, y se relaciona con un aneurisma o hernia transtentorial.

El síndrome de compresión neurovascular es una entidad clínico-radiológica resultado del contacto directo y la irritación de un nervio craneal en contacto con un vaso, en este caso, por contacto del III par craneal con la arteria cerebral posterior. Si bien esta patología es muy poco frecuente en la práctica clínica, debe ser tomada en cuenta en el diagnóstico diferencial de la anisocoria.

CPCC-055

ESCLERITIS POSTERIOR EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON ANTECEDENTE DE VASCULITIS IGA

Vivian Adriana Damas Casani, Alicia Muñoz Gallego, Ana M.^a Dorado López-Rosado, Ana Martínez de Aragón

Introducción: La Vasculitis IgA (IgAV) es la vasculitis más común durante la niñez, se caracteriza por el depósito de complejos inmunes que contienen IgA y la infiltración de neutrófilos, afectando vasos pequeños. Su asociación con manifestaciones oculares es extremadamente rara. Presentamos el caso de un niño de 13 años con antecedente de IgAV, que ha tenido un episodio de escleritis posterior (EP) en cada ojo.

Caso clínico: Un paciente de 13 años con antecedente personal de IgAV sin afectación glomerular diagnosticado 4 años atrás, y antecedente familiar de madre con neuritis óptica 1 año atrás; acudió por dolor con los movimientos oculares en ojo izquierdo (OI) de 7 días de evolución sin disminución de la agudeza visual (AV); la exploración oftalmológica fue estrictamente normal (incluyendo sensibilidad al contraste, Ishihara y tomografía de coherencia óptica) y la impresión diagnóstica inicial fue migraña ocular. La resonancia magnética (RMN) solicitada evidenció un mayor realce en el globo ocular izquierdo que afectaba a la porción posterior y temporal compatible con escleritis. Con el diagnóstico de EP de OI, se pautó Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas con rápida respuesta; semanas después la RMN de control evidenció resolución de la escleritis y se realizó un descenso gradual del tratamiento hasta su suspensión. Un año y 10 meses después, el paciente presentó dolor de características similares en ojo derecho (OD) asociado a la aparición de una pápula rojo-violácea en la punta de la nariz; la exploración oftalmológica fue normal, pero la RMN presentó de nuevo hallazgos compatibles con EP en OD al igual que en el primer episodio; pautando nuevamente tratamiento con buena respuesta.

Conclusión: Hasta nuestro conocimiento, éste es el primer caso reportado en población infantil de IgAV asociado a EP. El dolor ocular fue el principal síntoma, mientras que la AV no se vio afectada. La RMN fue la prueba de imagen diagnóstica para el abordaje de este paciente.

CPCC-056

EVOLUCIÓN DE QUERATITIS INFECCIOSA AMEBIANA TRAS ORTOQUERATOLOGÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO

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

Introducción: La queratitis por *Acanthamoeba* constituye una de las causas más importantes de amenaza de la visión por infección corneal. El número de casos notificados en todo el mundo aumenta año tras año, principalmente en usuarios de lentes de contacto. La severidad clínica de esta entidad y sus secuelas son debidas fundamentalmente a un diagnóstico tardío de la enfermedad y problemas asociados con su tratamiento.

Caso clínico: Paciente de 14 años usuario de lentes de contacto con fines ortoqueratológicos, que comienza con un infiltrado corneal sin mejoría a pesar de tratamiento tópico antibiótico de amplio espectro. En su evolución muestra signos y síntomas compatibles con queratitis por *Acanthamoeba*, por lo que, a pesar de no conseguir confirmación microbiológica, se comienza tratamiento empírico con clorhexidina 0,06% y propamidina 0,5%. Se muestra el caso clínico mediante imágenes de su evolución clínica tanto de su fase aguda (absceso, anillo de infiltración inmune, intensa inyección ciliar), como de las complicaciones corneales tras su resolución (extenso leucoma, intensa neovascularización corneal).

Conclusiones: Debido a la gravedad de esta patología y a las severas secuelas que puede producir es fundamental la sospecha clínica de este cuadro ante cualquier queratitis infecciosa con poca respuesta al tratamiento habitual, así como el inicio temprano de su tratamiento. Del mismo modo, resulta fundamental una apropiada educación de los pacientes en el uso de lentes de contacto, especialmente en el caso de niños y adolescentes.

CPCC-057

HAMARTOMA RETINIANO ASOCIADO A HIPERTROFIA CONGÉNITA DEL EPR: RECOMENDACIONES QUIRÚRGICAS A PROPÓSITO DE UN CASO

Javier García Bardera, Belén Gutiérrez Partida, Isabel Valls Ferrán, María Pampillón Albert, Jaime Lorenzo Castro, Marta Pons María

Introducción: La neurofibromatosis tipo II (NF2) es una enfermedad genética autosómica dominante que causa múltiples neoplasias, incluyendo cataratas y hamartomas retinianos. El hamartoma retiniano asociado a hipertrofia del epitelio pigmentario de la retina (CHRPE) es una neoplasia benigna que puede provocar pérdida de visión, estrabismo y metamorfopsia. La vitrectomía es considerada una opción superior al enfoque conservador en pacientes pediátricos con hamartomas centrales, aunque los resultados varían y la cirugía no se recomienda sistemáticamente, debiendo evaluarse cada caso individualmente.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 6 años diagnosticada de NF2. Inicialmente asintomática, con una agudeza visual (AV) de 85 letras ETDRS en ambos ojos, se encontró una masa prerretiniana con componente traccional en el ojo izquierdo, diagnosticada como hamartoma retiniano asociado a CHRPE [imagen1]. Dada la buena AV y edad, se optó por un enfoque conservador. A los 8 años, la paciente mostró una caída significativa de AV a 32 letras ETDRS, con mayor afectación foveal. Se decidió realizar una vitrectomía con exéresis de la lesión y pelado de membranas. Posteriormente, se observó mejoría sintomática y estabilización de la AV (55 letras ETDRS a los 6 meses) y reducción del espesor macular [imagen2].

Conclusiones: La vitrectomía en hamartomas retinianos asociados a CHRPE puede mejorar la agudeza visual y reducir el grosor macular, aunque los resultados varían según factores como la edad, AV previa, tamaño y localización del tumor, y componente traccional. El tratamiento conservador se recomienda para lesiones periféricas sin afectación del polo posterior, pese a posibles complicaciones como el desprendimiento de retina. No hay consenso sobre el momento óptimo para la cirugía, siendo necesaria más investigación para determinar los factores pronósticos y el momento adecuado para intervenir quirúrgicamente, y así obtener los mejores resultados para el paciente.

CPCC-058

SÍNDROME DE NOONAN Y MANIFESTACIONES OCULARES: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Silvia Carolina García Gago, Irene Platas Moreno, María Maldonado MacCrohon, Cristina Pazos Rozalén, Silvia Camila Martínez Maseda, Raquel Patiño Jiménez

Introducción: El síndrome de Noonan (SN) es una enfermedad genética autosómica dominante que se caracteriza por una tríada fenotípica característica: anomalías craneofaciales, cardiopatía congénita y talla baja. Su incidencia es de 1 en cada 1000 a 2500 nacidos vivos. El gen más frecuentemente afectado es el PTPN11.

Caso Clínico: Presentamos el caso de una niña de 5 años diagnosticada de SN, con mutación en el gen PTPN11. Fue derivada a consulta para descartar afectación ocular. Entre sus antecedentes destacaban una hermana melliza y dos hermanas mayores mellizas sin SN. Tanto su hermana melliza como su madre realizaron oclusiones en la infancia y su madre acabó en ambliopía. La agudeza visual (AV) sin corrección era 0.4 en ojo derecho (OD) y 0.2 en ojo izquierdo (OI). La refracción sin dilatación fue OD: +1.50 -2.25 a 11° y OI: +3.75 -4.75 a 162°. Tras cicloplejía fue OD: +5.25 -2.25 a 18° y OI: +6.75 -4.5 a 162°. Los movimientos oculares intrínsecos y extrínsecos eran normales. El cover test reveló una exoforia de -2-3°. Presentaba hipertelorismo y ptosis en ambos ojos (AO). Se le prescribió corrección óptica y se siguió a la paciente, quien no mostró mejora en la AV, por lo que se pautó oclusión del OD 3 horas al día 4 días a la semana. En su última revisión, la AV fue de 1 en AO.

Conclusiones: El SN es una enfermedad de afectación multisistémica de expresión clínica variable, presentando alteraciones oculares hasta en el 95% de los casos como nistagmus, ptosis, catarata, drusas ópticas, hipoplasia de nervio óptico y coloboma. Es importante su seguimiento en edades tempranas ya que entre un 40-65% presentan estrabismo, un 60% defectos de refracción y hasta en un 33% de los casos acaban en ambliopía. Presentan facies típica con hipertelorismo, ptosis y orejas de implantación baja. Es importante que los diversos especialistas conozcan sus manifestaciones clínicas para realizar un diagnóstico y abordaje temprano y así poder evitar complicaciones.

CPCC-059

QUERATOPATÍA TRÓFICA RECURRENTE EN SÍNDROME CLÍNICO DE DISPLASIA ECTODÉRMICA

Amparo Gargallo Benedicto, María Pastor Espuig, Eva Gloria Alias Alegre, M.^a Nieves Navarro Casado

Introducción: Las displasias del ectodermo son un grupo heterogéneo de trastornos con origen genético y fenotipo variables, caracterizado por presentar anomalías en dos o más derivados del ectodermo, incluyendo pelo, piel, dientes y glándulas sudoríparas. Hay descritos más de 200 tipos de displasias ectodérmicas, entre los que se han descrito manifestaciones oculares variables, como blefaritis, ptosis, hipoplasia de glándula lagrimal o complicaciones secundarias a ojo seco. Se presenta un caso pediátrico con manifestaciones sistémicas y oculares compatibles con displasia ectodérmica.

Caso clínico: Niño de 7 años, consulta por ojo rojo, fotofobia y dolor progresivo en ojo derecho de 5 días de evolución. La exploración revela ptosis palpebral superior bilateral, blefaritis moderada y úlcera corneal central abscesificada, con edema corneal difuso marcado y sequedad ocular severa. Como antecedentes oftalmológicos presentaba endotropía acomodativa y fotofobia de años de evolución. Los antecedentes sistémicos consistían en xerosis cutánea, pelo ralo, hiperqueratosis ungueal, lengua geográfica, falta de piezas dentarias y dientes cónicos, con sospecha clínica de displasia ectodérmica. El estudio genético de displasias genéticas realizado 3 años antes no mostró alteraciones en los genes estudiados.

En la evolución posterior presentó blefaritis, queratopatía trófica, úlceras corneales bilaterales de repetición y cicatrización corneal, con necesidad de tratamiento intensivo con esteroides y lubricantes tópicos.

Conclusiones: El caso clínico que presentamos es altamente sugestivo de displasia del ectodermo. Aunque el estudio genético inicial no reveló mutaciones relacionadas con la displasia en los 113 genes analizados, los resultados del nuevo exoma clínico realizado permitirán revelar posibles nuevas mutaciones relacionadas con las alteraciones fenotípicas que presentamos.

CPCC-060

SÍNDROME DE LA CÓRNEA FRÁGIL

Javier Lacorzana Rodríguez, Frank Larkin

Introducción: El Síndrome de la Córnea Frágil (SCF) es una enfermedad rara autosómica recesiva del tejido conectivo caracterizada por un adelgazamiento progresivo de la córnea y una esclerótica azul, lo que provoca una mayor propensión a la perforación y la rotura.

Caso clínico: Paciente de 4 años que acude a consulta con alta miopía (< -18 D), $K1 > 62$ D y $K2 > 65$ D y grosores corneales < 230 micras en ambos ojos. Presenta articulaciones hiperextensibles, sin anomalías cardíacas (no aortopatía) y un hermano menor sin anomalías. El estudio genético confirma el diagnóstico de SCF (mutaciones en los genes ZNF469 o PRDM5 → Transcripción defectuosa → Colágeno defectuoso).

Conclusiones: SCF es una enfermedad rara que incluye diferentes diagnósticos diferenciales tales como: Queratoglobo aislado (corneas finas); Síndrome de Ehlers Danlos cifoescoliótico, SEDC (signos similares de cifoescoliosis, anomalías dentales, aracnodactilia, hipermovilidad, osteopenia e hipotonía en la infancia. SEDC difiere en su tendencia a la rotura arterial y a la muerte precoz por insuficiencia cardio-pulmonar. Además, la rotura ocular suele ser escleral y no corneal); Síndrome de Marfan, SM (comparten signos similares de escleróticas azules y fragilidad ocular. SM difiere en su tendencia a la disección aórtica, estatura alta y ectopia lentis); Osteogénesis imperfecta, OI (signos similares de escleróticas azules, corneas finas, pérdida de audición conductiva, dentición anormal e hiperelasticidad cutánea. OI se diferencia por tener fracturas recurrentes).

CPCC-061

RUPTURA ESPONTÁNEA DE CÁPSULA ANTERIOR EN LENTICONO EN SÍNDROME DE ALPORT EN LA INFANCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Jesús Pérez Fiz, Belén Gutiérrez Partida, Celia Martín Villaescusa, Natalia Blanco Calvo, Isabel Valls Ferrán, Olga Martínez González

Introducción: El síndrome de Alport es una enfermedad genética con herencia ligada al cromosoma X y autosómica recesiva (AR). La afectación oftalmológica en estos pacientes es patognomónica de la enfermedad.

Caso clínico: Paciente de 9 años derivado de otro centro por sospecha de catarata traumática en ojo izquierdo (OI). El paciente consultó por ojo rojo con pérdida de visión de 2 semanas sin antecedente de traumatismo en OI. En la exploración oftalmológica presentó una agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD) de 0,6 y OI 0,1. En la biomicroscopía se observó un lenticono anterior en OD y en OI una catarata difusa total con rotura de cápsula anterior y contenido fáquico en cámara anterior, sin Tyndall. La presión intraocular fue de 13/12 mmHg (OD/OI)

Se realizó cirugía programada precoz de catarata de OI mediante vitreorrexis anterior, vitreoaspiración de cristalino con implante de lente intraocular (LIO) en sulcus con capsulorrexis posterior espontánea sin necesidad de vitrectomía anterior (VA). La evolución fue favorable. Se realizó cirugía programada de lenticono anterior de OD al año siguiente para evitar complicaciones como en OI, mediante capsulorrexis anterior, facoaspiración e implante de LIO en saco con vitreorrexis posterior y VA. En el postoperatorio precoz desarrolló una membrana inflamatoria en cámara anterior que se resolvió con tratamiento tópico con dexametasona. En la actualidad el paciente presenta una AV con corrección de 1 en ambos ojos (AO). Se realizó estudio genético para síndrome de Alport presentando la mutación AR «COL 4A4». Sigue revisiones en nefrología y otorrinolaringología por hipoacusia.

Conclusiones: Ante una ruptura espontánea de cápsula anterior, es importante descartar en ambos ojos la presencia de un lenticono anterior. Las manifestaciones oftalmológicas del síndrome de Alport normalmente se observan en pacientes de edad avanzada con insuficiencia renal. Su detección en la infancia obliga a un estudio de la enfermedad.

CPCC-062

ENFERMEDAD DE COATS COMO CAUSA INFRECUENTE DE PÉRDIDA DE VISIÓN EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

Laura Prieto Domínguez, Isabel Bermejo Rodríguez, Milagros Mateos Olivares, Ignacio López Miñarro, Marta Para Prieto, Lucía Manzananas Leal

Introducción: La enfermedad de Coats es una vasculopatía exudativa retiniana caracterizada por el desarrollo de vasos retinianos anómalos. Es unilateral en más del 95% de los casos y afecta principalmente a varones menores de 10 años.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 10 años sin antecedentes personales de interés que presenta pérdida de agudeza visual en el ojo izquierdo de dos días de evolución. La agudeza visual era de 0,6 en el ojo derecho (OD) y de percepción de luz en el ojo izquierdo (OI). Además, en el OI presentaba una midriasis hiporreactiva con leucocoria y en el fondo de ojo (FO) se podía observar una exudación masiva asociada a un desprendimiento de retina (DR) y hemorragias con aneurismas y telangiectasias vasculares periféricas. En la ecografía se observa el DR exudativo y en la Tomografía de Coherencia Óptica fluido sub e intrarretiniano. El FO del OD no tenía alteraciones.

Debido a los hallazgos clínicos y epidemiológicos lo más probable es que se trate de un caso de enfermedad de Coats.

Conclusión: El diagnóstico de la enfermedad de Coats es principalmente clínico. Se basa en el hallazgo fundoscópico de telangiectasias periféricas (que aparecerán en el 99% de los casos) y de exudación retiniana que afecta a 6-12 husos horarios en el 70% de los casos. La exudación provocará un DR hasta en un 47% de los casos y un glaucoma neovascular en menos del 10%. En la angiografía fluoresceínica se pueden ver los vasos telangiectásicos con aneurismas y fuga perivascular temprana con isquemia capilar periférica.

Su principal diagnóstico diferencial, además de con la patología inflamatoria, es con el retinoblastoma. Este aparecerá en niños más jóvenes, típicamente antes de los 6 años, como una masa blanquecina con telangiectasias. Habitualmente contiene calcificaciones que se pueden observar en las pruebas de imagen.

Cabe destacar que la enfermedad de Coats puede presentarse en el adulto con un comportamiento más benigno.

CPCC-063

CITOMEGALOVIRUS COMO SIMULADOR DE UN CUADRO DE UVEÍTIS NO INFECCIOSA EN LA INFANCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Celia Ruiz Arranz, Ana Ichaso Ortueta Olartecoechea, Dolores Lago Llinás, Cristina López López, Ana Barceló Mendiguchía, Pilar Tejada Palacios

Varón que debuta a los 7 años (Oct 22) con un cuadro de uveítis aguda (UA) discretamente hipertensiva en ambos ojos. (AO), con buena respuesta a tratamiento tópico con Maxidex, Ciclopléjico y Trusopt. Tras resolución del cuadro inicial sin complicaciones, inicia cuadros recurrentes de escleritis y epiescleritis en el ojo derecho, con buena respuesta a corticoides (GCC) tópicos y orales, así como nuevos cuadros de UA hipertensiva, que no permiten la retirada de GCC. En ese punto se realiza un ciclo de Aciclovir oral, sin respuesta.

En el estudio sistémico: Mantoux -, serologías -, Ac antinucleares -, factor reumatoide +. Sin clínica a otro nivel. Se inicia tratamiento con inmunomodulares, metotrexato (MTX) y ante la falta de respuesta, se añade adalimumab (ADA). En este momento es remitido a nuestro centro para segunda opinión (mayo 23). Se encuentra estable entre mayo y agosto 23. En sept 23 a pesar de tto inmunosupresor, reinicia cuadro de UAA hipertensiva en ojo izquierdo (OI), manteniendo presiones intraoculares (PIO) de 40 mm Hg pese a tto médico máximo, precisando implante de válvula de Ahmed para control tensional (nov 23). A pesar de ello, presenta inflamación crónica que no permite la retirada de tto GCC tópico ni hipotensor (Brimoidina/Timolol), manteniendo PIOs de 22 mm Hg. El análisis estructural del nervio óptico es normal. En este punto empiezan a aparecer precipitados retroqueráticos, y en feb 24, se realiza paracentesis y vaciado de la ampolla con inyección de 5-Fluorouracilo. Mandamos el humor acuoso a microbiología, resultando negativo para VHS 1,2 y VVZ, y positivo para citomegalovirus (CMV). Viremia para CMV negativa. En este punto se procede a retirar la inmunosupresión y se inicia Valganciclovir oral 900 mg/12h + Ganciclovir tópico 2% x4 en AO durante 3 meses, consiguiendo remisión total de la inflamación y control tensional. Tenemos seguimiento actualmente a 6 meses, durante los cuales se ha ajustado y mantenido el tto antiviral oral y tópico.

CPCC-064

PLEGAMIENTO DE MÚSCULO OBLICUO SUPERIOR COMO MANEJO TERAPÉUTICO ANTE PARÁLISIS DEL MISMO

Marta Suñer Martínez, Diana Pérez García, Luca Bueno Borghi, Julia Aramburu Claverías, Carla Sánchez Remacha, Cristina Calvo Simón

Introducción: La parálisis del IV par [parálisis del oblicuo superior (OS)] es la parálisis oculomotora más frecuente. Puede ser congénita (trauma obstétrico, agenesia de los núcleos oculomotores, anomalías musculares) o adquirida (traumatismos, causas vasculares, tumorales, infecciosas, idiopáticas). Entre las posibilidades terapéuticas, existen múltiples opciones quirúrgicas, siendo necesario individualizar. Las técnicas de refuerzo del OS (resección, plegamiento o técnica de Harada-Ito) se indican en caso de exciclotorsión sintomática, gran tortícolis con escasa desviación vertical y dificultades en la mirada hacia abajo, ya que el refuerzo del músculo OS tiene mayor potencial inciclotorsor que el debilitamiento del músculo oblicuo inferior.

Caso clínico: Paciente de 70 años que acude por diplopía vertical de larga evolución. Al Cover Test se observa hipertropía de ojo derecho (OD) de 8 dioptrías (DP) en posición primaria de la mirada, que empeora a la levoversión (hipertropía de 12 DP en levosupraversión y 20 DP en infralevoversión), y Bielschowsky+ sobre hombro derecho. En el Test de Parks es compatible con parálisis de OS de OD. Presenta déficit de depresión en aducción de OD asociada a tortícolis significativa hacia la izquierda. Dado este cuadro clínico con máxima desviación en el campo del OS parético se propone realizar un plegamiento del OS de OD de 3x3 mm. Tras la cirugía, presenta buen resultado funcional sin diplopía en posición primaria, con franca mejoría de la posición ocular en levoversión y resolución de la tortícolis. Al Cover Test no rectifica, ni en posición primaria ni en mirada hacia la izquierda, y en la prueba Pantalla Hess-Lancaster pre y posoperatoria se observa una clara mejoría.

Conclusiones: Ante parálisis del OS, el plegamiento de dicho músculo puede ser una técnica de elección, dado su eficacia y seguridad en la corrección de desviaciones verticales y torsionales grandes.

CPCC-065

SÍNDROME DEL ÁPEX ORBITARIO: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE MUCOCELE ETMOIDAL

José Aguilar Falomir, Itziar Coloma González, Germán Castilla Martínez, M.^a Gracia Pastor Canicio, M.^a de las Nieves Bascuñana Mas

Introducción: Los mucocelos de los senos paranasales son lesiones pseudoquísticas benignas expansivas, capaces de erosionar el hueso que los delimita por compresión. En ocasiones, su contenido puede infectarse dando lugar a un mucopiocele, aumentando su capacidad destructiva.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una mujer de 66 años que acude a urgencias por dolor en ojo derecho, que aumenta con los movimientos oculares, asociado a náuseas y vómitos, con amaurosis autolimitada de 2 horas de evolución. A su exploración, la paciente debuta con nuevo episodio de disminución de agudeza visual progresiva, que termina de nuevo en amaurosis, asociando dolor a la movilización ocular y defecto pupilar aferente en ojo derecho, sin hallazgos patológicos en el resto de la exploración. Destaca la ausencia de proptosis y de signos de congestión orbitaria.

La paciente presenta afectación de todos los pares oculomotores y ptosis completa de dicho ojo, sin resolución de la amaurosis y con persistencia de dolor. Se realiza tomografía computarizada cerebral, así como resonancia magnética, a través de los cuales se descubre mucocelo en celdillas etmoidales posteriores, ya descrito 7 años atrás, que ha crecido hasta destruir pared medial y superior de órbita derecha comprimiendo el nervio óptico, fisura orbitaria superior y fosa pterigomaxilar. Por lo tanto, estamos ante un síndrome del ápex orbitario, con lesión del II, III, IV y VI pares craneales, así como de la rama oftálmica del trigémino.

Conclusión: Aunque la localización más frecuente de los mucocelos sea fronto-etmoidal, la afectación aislada de las celdillas etmoidales posteriores es muy infrecuente e implica un alto riesgo por sus relaciones anatómicas, pudiendo dar origen a un síndrome del ápex orbitario. Es por ello que creemos que sería necesario un manejo más agresivo y precoz de los mucocelos en esta localización, en vistas a prevenir complicaciones como la presentada en el caso.

CPCC-066

EXOFTALMOS COMO DEBUT DE ADENOCARCINOMA DE ETMOIDES. A PROPÓSITO DE UN CASO

Víctor Jesús Altares Mateos, Lorena Picasso Simón, Vicente Miralles Pechuán, Julio González Martín-Moro, María Castro Rebollo

Introducción: La limitación aguda de la motilidad de la musculatura ocular extrínseca (MOE) puede estar motivada por múltiples causas. La etiología oncológica es infrecuente, pero siempre debe ser descartada.

Caso clínico: Varón de 54 años que acude por exoftalmos bilateral asimétrico de rápida aparición con pérdida brusca de agudeza visual (AV) en su ojo derecho (OD). Como antecedentes presentaba hipertensión, enolismo con hepatopatía alcohólica, múltiples infartos lacunares y una historia de exposición ocupacional a madera (parqué) y PVC. A la exploración presenta AV en OD de 0,3 y en ojo izquierdo (OI) de 0,1 con defecto pupilar aferente relativo OD y segmento anterior normal. En la oftalmoscopia se observa en OD edema de papila hemorrágico con hemorragias en hemicampo inferior. Se solicita tomografía computerizada (TC) orbitaria de urgencia donde se observa una tumoración en región paranasal derecha que se extiende desde cornete medio nasal, seno maxilar y tabique nasal derechos alcanzando la pared anterior del seno esfenoidal y vertiente anterior de hueso frontal provocando edema cerebral a ese nivel. La biopsia confirma la presencia de un adenocarcinoma de etmoides de inmunofenotipo intestinal. Se completa con TC body objetivándose un hallazgo incidental, otra lesión subglótica que se informa como carcinoma epidermoide. Actualmente en tratamiento paliativo con radioterapia y quimioterapia que no ha mejorado su patología oftalmológica.

Conclusiones: El diagnóstico diferencial del exoftalmos agudo es amplio abarcando desde patología inflamatoria tiroidea o idiopática pasando por procesos infecciosos o vasculares hasta procesos neoplásicos de muy diversa índole.

CPCC-067

CELULITIS ORBITARIA BILATERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ana M.^a Angulo Granadilla, Ignacio Tapias Elías, Alberto Escudero Villanueva, Javier Ráez Balbastre

Introducción: La celulitis orbitaria es una patología que representa una urgencia médica con posibles complicaciones tanto a nivel oftalmológico como sistémico con posible compromiso del sistema nervioso central.

Caso clínico: Varón 61 años. Con antecedentes sistémicos de diabetes mellitus y linfoma nasal de células T/natural Killer con afectación orbitaria, seno frontal, celdillas etmoidales, seno esfenoidal y seno maxilar izquierdos que recibe tratamiento con quimioterapia y radioterapia, hasta alcanzar remisión completa.

Como antecedentes oftalmológicos presenta neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica y edema macular quístico secundario a radioterapia en ojo izquierdo en tratamiento con ranibizumab y bevacizumab.

Acude al servicio de urgencias por edema palpebral bilateral y secreciones purulentas en ambos ojos de 2 días de evolución. A la exploración presenta agudeza visual ojo derecho 1 y ojo izquierdo 0.2, eritema y edema bpalpebral ambos ojos, más en ojo izquierdo que impide apertura palpebral espontánea, hiperemia conjuntival con quemosis bilateral y absceso a nivel de saco lagrimal izquierdo, que se drena, obteniendo crecimiento abundante de *Staphylococcus aureus*.

Se realiza tomografía axial computarizada que muestra ocupación del espacio extraconal de órbita izquierda y fosa pterigopalatina con trabeculación del tejido celular subcutáneo y malar.

El paciente ingresa para tratamiento antibiótico intravenoso con vancomicina con resolución completa del cuadro tras el mismo.

Conclusión: El linfoma de células T/Natural Killer es un linfoma invasivo y agresivo con afectación predominante de área nasal, nasofaríngea y paranasal.

La celulitis orbitaria en este contexto y con antecedentes de diabetes supone una urgencia médica que requiere un diagnóstico diferencial con múltiples patologías entre las que destaca la mucormicosis y un rápido tratamiento para evitar las posibles complicaciones.

CPCC-068

EVISCERACIÓN EN 4 PÉTALOS MODIFICADA: CASO CLÍNICO Y DESCRIPCIÓN DE UNA NUEVA TÉCNICA

Albert Arnaiz Camacho, Tirso Alonso Alonso, Joan Oliveres Martínez, Rafael Fischer Fernández, Armand Pairó Salvador, Tatiana Pablos Jiménez

Introducción: La extrusión del implante orbitario es una complicación tardía muy temida en la cirugía de evisceración, y su principal causa está relacionada con una tensión excesiva en la zona de cierre de los tejidos.

El uso de esclerotomías posteriores para solventar este potencial problema es una práctica habitual por la mayoría de orbitólogos. La creación de 2 flaps o pétalos esclerales fue una de las primeras técnicas descritas y más tarde se describió la esclerotomía en 4 pétalos. Aunque son los dos procedimientos más practicados en la actualidad, ninguno de ellos se ha consolidado como el Gold Standard y sigue en pie el debate sobre qué técnica obtiene mejores resultados.

Caso clínico: Se presenta el caso de un hombre de 61 años con ptisis bulbi en el ojo derecho como evolución secundaria de un traumatismo en la infancia. Fue sometido a cirugía de evisceración mediante nuestra modificación de la técnica de 4 pétalos.

Se crearon los 2 flaps esclerales mediante esclerotomías posteriores con liberación del nervio óptico seguido de una segunda división escleral en 2 falsos pétalos sin prolongación posterior.

El postoperatorio cursó sin incidencias, se adaptó una prótesis ocular al cabo de dos meses y no se reportaron exposiciones ni extrusiones así como otras complicaciones en el seguimiento posterior de 8 años.

Conclusiones: La evisceración en 4 pétalos modificada combina todos aquellos potenciales beneficios de ambas técnicas y aporta la estabilidad y recubrimiento necesarios para prácticamente eliminar el riesgo de exposición o extrusión del implante. Su sencillez y sentido anatómico nos ha permitido su realización en múltiples escenarios y diferentes medidas hasta el punto de haberse consolidado como la técnica de elección por los cirujanos de nuestro centro.

CPCC-069

ENFERMEDAD INFLAMATORIA ORBITARIA SECUNDARIA A REACCIÓN TÓXICA POR MEDUSA

Carla Arteaga Henríquez, Elena de Armas Ramos, Sandra Gómez Perera, Erica Medina Mesa, Luis Reyes Gallardo, David López Delgado

Introducción: Presentamos el caso de un varón con cuadro de enfermedad inflamatoria orbitaria asociada a sinusitis maxilar secundaria a reacción tóxica a medusa.

Caso clínico: Un varón de 63 años se presenta en el servicio de Urgencias con cuadro de inflamación orbitaria consistente en importante edema de párpado inferior y superior de ojo derecho y hemicara derecha, así como importante quemosis conjuntival inferior asociada a ingurgitación de vasos episclerales desde hace 1 semana. El paciente asociaba cefalea, dolor retroocular lancinante, hipoestesia infraorbitaria ipsilateral y epistaxis, sin otra clínica sistémica asociada. Como antecedente al cuadro, el paciente refería contacto con medusa en el lado derecho de su cuello con posterior inicio del cuadro de forma progresiva. Tanto la tomografía axial computarizada como la resonancia magnética demostraron la presencia de sinusitis maxilar complicada y descartaron otros hallazgos relevantes que pudieran explicar la etiología del cuadro. Por tanto, se estableció la sospecha diagnóstica de enfermedad inflamatoria orbitaria secundaria a sinusitis maxilar derecha complicada por reacción tóxica tras contacto con medusa.

El paciente recibió tratamiento endovenoso con ceftriaxona, linezolid y prednisona en Urgencias con muy buena respuesta a las 48 horas. Al alta, el paciente recibió tratamiento con prednisona oral en pauta descendente. Actualmente, se encuentra estable, habiéndose resuelto el cuadro inflamatorio orbitario, pero mantiene una hipoestesia residual en región infraorbitaria.

Conclusiones: La medusa podría provocar una reacción inflamatoria tardía a nivel orbitario como reacción tóxico-alérgica. Sólo se ha publicado un caso previo de inflamación orbitaria secundaria a una reacción tardía tras contacto con medusa. Son necesarios más estudios que determinen el efecto directo que pudiera tener la anafilaxia a medusa a nivel orbitario, tanto en el momento agudo, como en forma de reacción tardía.

CPCC-070

DESPRENDIMIENTO SEROSO DE LA RETINA ASOCIADO A UN PSEUDOTUMOR ORBITARIO INFLAMATORIO

Rocío Barrera Moyano, José Vicente Guijarro Ambel, José Luis Sánchez Vicente, Fernando López Herrero, Bosco González-Jáuregui López

Propósito: Describir un caso de desprendimiento seroso de retina asociado a un pseudotumor orbitario en una paciente mujer.

Método: Presentamos una paciente que desarrolló un pseudotumor inflamatorio orbitario y desprendimiento seroso de retina secundario. Se describen las características clínicas, los hallazgos de imagen, los estudios histopatológicos y los tratamientos.

La paciente presentaba proptosis, edema periorbitario, quemosis conjuntival y ptosis palpebral en el ojo derecho, con antecedentes de un episodio similar previo. Se realizaron diversos estudios para llegar al diagnóstico, incluyendo ecografía, tomografía de coherencia óptica, tomografía computarizada y biopsia de glándula lagrimal, que confirmaron la presencia de inflamación orbitaria idiopática.

Resultados: La enfermedad inflamatoria orbitaria fue tratada con ciclosporina y corticosteroides intravenosos y orales con resolución de la inflamación orbitaria y desprendimiento de retina exudativo. A lo largo de un año de seguimiento, la paciente permaneció estable y asintomática, con mejoría en la agudeza visual.

Conclusiones: El desprendimiento seroso de retina asociado a pseudotumor orbitario es una presentación poco común, pero que puede ser consecuencia de una escleritis asociada a enfermedad inflamatoria orbitaria. El tratamiento con corticoides y ciclosporina suele ser eficaz, aunque en casos recurrentes o resistentes se pueden considerar otros fármacos. En general, la inflamación orbitaria idiopática puede presentarse con una amplia variedad de manifestaciones clínicas, lo que puede dificultar su diagnóstico, pero la respuesta al tratamiento suele ser favorable en la mayoría de los casos.

CPCC-071

PROPTOSIS AGUDA POR HEMATOMA IDIOPÁTICO EN MÚSCULO RECTO INFERIOR

Aránzazu Caro Ortega, Sofía Sánchez de Lara Sánchez, Sergio Obiol Ferrando, Andrea Catalá Nadal, Sarra Bouchotrouch, M.^a Amparo Lanuza García

Introducción: Los hematomas orbitarios espontáneos son poco frecuentes, sobre todo en adultos. Producen proptosis y a menudo diplopía y restricción de la motilidad de los músculos extraoculares. El diagnóstico es radiológico mediante TC o RMN.

Caso clínico: Mujer de 35 años que acude a urgencias por proptosis del ojo izquierdo (oi), cefalea brusca, náuseas y vómitos. Antecedentes tenía migrañas, sin traumatismo previo, ni factores de riesgo vascular. En la exploración se aprecia hematoma orbitario izquierdo inferior, ligero exoftalmos, déficit de la motilidad en supravversión del oi y diplopía vertical. La agudeza visual era unidad en ambos ojos, resto de la exploración oftalmológica y analítica sin alteraciones

En la RMN se observa una lesión en recto inferior (RI) izquierdo muy posterior, localizada y de reborde hiperintenso que afectaba también al recto interno. Se prescribe antiinflamatorios sistémicos, reposo y tras una semana, persiste leve diplopía a la supravversión, no hay exoftalmos, ni dolor a los movimientos oculares, y se aprecia ligero hematoma en órbita inferior izquierda. Se realiza una nueva RMN al mes del episodio y la lesión ha regresado.

Conclusión: El hematoma orbitario es una entidad poco frecuente, a veces se asocia a maniobras de valsalva, se deben descartar traumatismos previos, factores de riesgo vascular como hipertensión arterial, hiperlipidemias, uso de fármacos antiplaquetarios; y excluir radiológicamente malformaciones vasculares subyacentes o alguna otra lesión.

El hematoma espontáneo idiopático, se diagnostica cuando no existen esos antecedentes. Se han descrito hematomas en los músculos extraoculares, donde la mayoría se localizan en el RI. como nuestra paciente y también intraorbitarios subperiósticos. El estudio radiológico es determinante para su diagnóstico y control. Generalmente estas lesiones regresan espontáneamente, aunque existe la posibilidad de intervención quirúrgica si la patología persiste.

CPCC-072

SOBREVIVIENDO A LA FASCITIS NECROTIZANTE

Ana Crespí Ferrán, M.^a Rosa Bonilla Quijada, Ana Alexandra Sempere Esteve

Introducción: La fascitis necrotizante es una enfermedad grave y potencialmente mortal que típicamente inicia tras heridas, con aspecto de celulitis o absceso con rápida progresión a necrosis. Es más común en inmunodeprimidos, pero puede afectar inmunocompetentes como se presenta a continuación.

Caso clínico: Varón de 69 años sin antecedentes de interés que ingresa por infección cérvico-facial. A la exploración presentaba ingurgitación y edema de cuello, edema hemicara izquierda y absceso periocular. Se realiza drenaje de abscesos y toma de cultivos, aislándose *Streptococcus pyogenes* con diagnóstico de fascitis necrotizante facio-cervico-torácica. A nivel oftalmológico presentaba edema palpebral con escaras perioculares izquierdas asociando lagoftalmos y erosión corneal no infiltrada, órbita congelada, midriasis arreactiva y papila borrada, siendo la agudeza visual (AV) movimiento de manos. Se realizó desbridamiento extenso de escaras y oclusión con sutura de Frost, resultando insuficiente. A la semana la AV era no percepción lumínica, con retracción palpebral condicionando exposición extensa, empeoramiento de la superficie ocular e hipopion estéril, por lo que se procedió a recubrimiento con membrana amniótica a la espera de cirugía. Con la infección controlada y el paciente estable, se procedió a liberación de adherencias e injerto de piel de espesor parcial de muslo en ambos párpados. A los 2 meses, se evidenció retracción de los injertos palpebrales con lagoftalmos de 5mm. Finalmente, debido al nulo pronóstico visual y a la exposición corneal, se decidió evisceración ojo izquierdo, consiguiéndose tras prótesis ocular una cosmesis aceptable.

Conclusiones: La fascitis necrotizante es una enfermedad grave cuyo manejo debe ser agresivo y precoz, incluyendo tratamiento antibiótico endovenoso y desbridamiento quirúrgico. Pese a esto, la tasa de mortalidad llega a alcanzar el 35%, causando importantes secuelas funcionales y estéticas en aquellos que sobreviven.

CPCC-073

MIOSITIS DE LOS MÚSCULOS EXTRAOCULARES SECUNDARIA A INMUNOTERAPIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Julia Fernández Payá, Neyla Carolina Esaa Caride, María Aller Moro, Crisanto Manuel Alonso Álvarez

Introducción: La inmunoterapia ha revolucionado el tratamiento oncológico en los últimos años. El reciente incremento en la utilización de estos fármacos también ha aumentado los efectos adversos asociados a los mismos, sobre todo a nivolumab, pembrolizumab e ipilimumab. Los más frecuentemente descritos son la artritis y la miositis. Esta última ha sido descrita en diferentes músculos del organismo pero no existe apenas evidencia de miositis a nivel ocular.

Caso clínico: Paciente varón de 52 años con carcinoma de células renales (adenocarcinoma de células claras) en estadio metastásico y a tratamiento desde hacía 4 días con ipilimumab y nivolumab. Acudió a urgencias con edema palpebral blando, proptosis de ambos ojos y motilidad ocular restringida del ojo derecho asociando diplopía. En polo anterior, hiperemia conjuntival elevada con quemosis sobre todo del ojo derecho. En el fondo de ojo, ligero edema de papila y congestión vascular leve-moderada de ambos ojos y en la OCT del ojo izquierdo desprendimiento del epitelio pigmentario. La TAC de órbitas objetivó un engrosamiento de los músculos extraoculares y la analítica no mostró signos de infección. Por lo que se diagnosticó de miositis de los músculos extraoculares secundaria a ipilimumab y nivolumab. Como tratamiento se iniciaron corticoides intravenosos a dosis de 1 mg/kg y se retiraron los fármacos inmunomoduladores. En las revisiones se vio mejoría de la sintomatología de la miositis pero aparición de desprendimientos neurosensoriales en ambos ojos y síndrome de Cushing. Por lo que se sustituyeron los corticoides por inmunoglobulinas. Más adelante se tuvo que iniciar terapia biológica con infliximab resolviendo así finalmente el cuadro.

Conclusiones: Este tipo de efectos adversos constituyen un gran reto para el oftalmólogo por la poca evidencia existente, porque nos enfrentamos a un paciente con elevado riesgo de mortalidad y por su manejo sistémico con un equipo multidisciplinar con oncología y reumatología.

CPCC-074

RECONSTRUCCIÓN DE CAVIDAD ANOFTÁLMICA INFANTIL CON MÚLTIPLES QUISTES SUBTENONIANOS TRAS EVISCERACIÓN EN UCRANIA

Ana Flores Cano, Antonio Manuel Garrido Hermosilla, Álvaro Moreno Guerrero Beatriz Trincado García, Álvaro Luis Villazán Cervantes, M.^a Concepción Díaz Ruiz

Introducción: La reconstrucción de cavidad anoftálmica infantil puede adquirir mayor dificultad si no existen datos fiables sobre las intervenciones quirúrgicas y la historia clínica previa. Presentamos el caso de una reconstrucción de cavidad anoftálmica en una niña ucraniana intervenida en su país de origen, así como las llamativas fotografías del caso.

Caso clínico: Se trata de una paciente de 5 años de edad de origen ucraniano, intervenida en su país hasta en 10 ocasiones del ojo izquierdo por quiste congénito de iris, terminando en evisceración con implante orbitario.

Es derivada a nuestro centro por molestias y secreciones en cavidad anoftálmica izquierda, con empeoramiento progresivo en los últimos 6 meses y extrusión constante de la prótesis externa.

En la exploración, se objetiva ptosis y proptosis de cavidad anoftálmica, y se visualizan varios quistes subtenonianos, uno de mayor tamaño que ocupa la mitad superior y otros más pequeños, de aspecto más superficial, a nivel inferior. Una resonancia magnética descarta patología tumoral.

En quirófano, se extrae el implante orbitario colocado en Ucrania (no utilizado en nuestro medio). Con los restos esclerales, se fabrican 4 pétalos y se coloca un implante orbitario de polietileno poroso, que se recubre mediante un injerto dermograso obtenido de región glútea.

El resultado es muy favorable, con posterior adaptación de prótesis externa con muy buen aspecto estético y funcional. Los estudios microbiológicos y anatomopatológicos descartan patología tumoral e infecciosa.

Conclusiones: Recomendamos el uso de pruebas de imagen previas a la reconstrucción de cavidad anoftálmica, especialmente en casos con historia clínica previa poco conocida. Asimismo, añadir un injerto dermograso tras implantes orbitarios secundarios en edad pediátrica es una opción óptima para minimizar el riesgo futuro de exposición y mejorar el volumen de la cavidad anoftálmica (incluso durante el crecimiento natural del niño).

CPCC-075

HISTIOCIDOSIS DE LANGERHANS ORBITARIA Y COMPLICACIONES SISTÉMICAS

Marta Gallego Amorós, Irene Temblador Barba, Cristina Lillo Ferreira, Alejo Honesto Rodríguez Suárez

Introducción: Las histiocitosis son enfermedades raras de etiología desconocida, con una presentación clínica heterogénea y variable, pudiendo desarrollar resolución espontánea o progresión con diseminación a diferentes órganos. La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) puede afectar a varios órganos, como los pulmones o el hígado, y la afectación orbitaria es la menos frecuente.

La HCL orbitaria se reconoce como una de las lesiones con alto riesgo de afectación del sistema nervioso central, siendo la diabetes insípida (DI) su complicación sistémica más frecuente.

Paciente de 9 años.

Caso clínico: que acudió por aparición brusca de ptosis leve en ojo derecho (OD). Tras examen oftalmológico y atipicidad del cuadro, se realizó resonancia magnética (RM) donde se identificó una lesión orbitaria derecha que erosionaba hueso, techo de la órbita y pared lateral, entre otras características. Se realizó biopsia orbitaria y se diagnosticó de HCL. Posteriormente, el paciente presentó mejoría espontánea de la ptosis. Dada la buena evolución radiológica y clínica del paciente, se decidió actitud expectante, y al cabo de los meses se evidenció resolución absoluta de lesión.

Un año después, el paciente presenta síntomas de polidipsia-poliuria. Se realizó estudio de extensión, con resultado en la RM craneal de un tenue realce del tallo hipofisario con leve fibrosis. Una vez descartadas otras causas, se catalogó como DI central secundaria a HCL orbitaria.

Conclusiones: La HCL orbitaria no es una afección común, pero hay que considerarla en el diagnóstico diferencial de la patología orbitaria. Igualmente, La primera patología a descartar en la infancia en el contexto de lesión orbitaria que erosiona hueso es el rabdomiosarcoma.

Aunque se suele desarrollar en el primer año tras el diagnóstico de HCL, la DI puede preceder a dicho diagnóstico o bien se puede presentar a lo largo del curso de la enfermedad y suele ser permanente.

CPCC-076

RESOLUCIÓN DE PARÁLISIS POSTRAUMÁTICA DEL MÚSCULO RECTO INFERIOR CON AYUDA DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL

Javier Garulo Nicolás, Álvaro Andrés Ojeda Parot, Amparo Lanuza García, Sergio Obiol Ferrando, Antonio Miguel Duch Samper

Caso clínico: El paciente es trasladado de urgencia a nuestro centro tras sufrir un grave accidente laboral con una sierra radial. En la exploración se detecta una gran herida incisocontusa hemifacial izquierda, que se extiende desde reborde el orbitario superior medial hasta región mandibular y que asocia pérdida de sustancia e importante daño de estructuras óseas subyacentes. El paciente es intervenido rápidamente de sus heridas faciales por un equipo conjunto de Cirugía Maxilofacial y Oftalmología, realizándose por parte de los primeros una reparación de las fracturas de suelo orbitario y hueso malar con placa y tornillos de osteosíntesis, y por parte de los segundos una reconstrucción de la anatomía palpebral.

Durante la cirugía, se realiza test de ducción pasiva en todas las posiciones de la mirada, que es siempre negativo. Sin embargo, tras la intervención se constata una diplopía vertical con un defecto en la función del músculo Recto Inferior (RI). Inicialmente se postula una posible paresia posttraumática, que finalmente se descarta al persistir en el tiempo y ser muy marcada (superior a 40°); finalmente, se decide realizar una Tomografía Computerizada con reconstrucción tridimensional en la que se detecta un levantamiento posterior de la placa a nivel del suelo orbitario que limita el normal funcionamiento del RI.

Tras la evaluación conjunta por parte de ambas especialidades, se decide una nueva intervención correctora, en la que la placa es retirada sin volver a colocarse al constatarse una correcta cicatrización ósea siendo además nuevamente el test de ducción pasiva intraoperatorio negativo. Tras la segunda intervención, comienza una lenta recuperación de su función oculomotora óptima con reversión de la diplopía, y en la actualidad solamente presenta una mínima restricción residual en la infraducción.

Conclusión: Este trabajo pone de manifiesto la necesidad de un trabajo multidisciplinar y con apoyo de las nuevas tecnologías ante casos complejos.

CPCC-077

CARCINOMA BASOCELULAR PERIOcular TRATADO CON VISMODEGIB EN MONOTERAPIA

Joana Hernández Jiménez, Jaime Matarredona Muñoz, Jorge Salvo Jiménez, Jaime Moya Roca, Elisabeth Rico Santos, Marta Mifsut Aleixandre

Introducción: El carcinoma basocelular (CBC) supone la neoplasia maligna más común de los párpados, con un crecimiento lento y elevado potencial destructivo local. Actualmente disponemos del vismodegib como tratamiento menos invasivo, con altas tasas de éxito que pueden ser una opción terapéutica más adecuada en pacientes seleccionados. A continuación se presentan dos pacientes tratados con vismodegib con resolución completa del carcinoma basocelular palpebral.

Caso clínico: Varón de 90 años con una lesión ulcerada con telangiectasias, madarosis y afectación de más del 75% del borde palpebral. La lesión progresa con hemorragias y costras, considerándose la lesión como irresecable, por lo que se ofrece tratamiento no quirúrgico con vismodegib oral (fig 1: evolución de CBC en tratamiento con vismodegib en monoterapia durante 6 meses).

Mujer de 88 años con una lesión hiperqueratósica nodular perlada en borde palpebral inferior adherida a planos superficiales y partes blandas, pero sin afectación en profundidad. Debido a la extensión lesional y a la edad avanzada de la paciente, se propone tratamiento con vismodegib oral como primera opción terapéutica (fig 2: evolución de CBC sobre queratosis actínica tras tratamiento con vismodegib oral).

A ambos pacientes se les pautó una dosis diaria de 150 mg de vismodegib vía oral. A los 3 meses se observa una clara mejoría lesional, con disminución del tamaño y buena tolerancia al vismodegib, consiguiendo la resolución completa tras 6 meses de tratamiento y sin recidivas al año de evolución.

Conclusiones: Actualmente el Vismodegib puede considerarse una opción terapéutica de primer orden para el CBC no resecable o invasivo, especialmente en pacientes de edad avanzada o con alto riesgo quirúrgico. Resulta importante realizar una valoración multidisciplinar con un estrecho seguimiento del paciente, con el fin de detectar precozmente infructuosos efectos secundarios y la posible progresión de la enfermedad.

CPCC-078

METÁSTASIS ORBITARIA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Consuelo Mata Beltrán, Álvaro Bengoa González, Silvia Pérez Trigo, Regina López-Ladrón García Borbolla, Sergio Arroyo San Víctor, Vivian Adriana Damas Casani

Introducción: El cáncer de cuello uterino es el cuarto cáncer más frecuente en mujeres. Comúnmente metastatiza en los ganglios linfáticos, huesos y pulmones siendo las metástasis oculares extremadamente raras. Hasta el momento, se han publicado 23 casos de metástasis ocular de cáncer de útero, 13 de ellos en la órbita. De estos 23 casos, en 16 pacientes apareció una vez finalizado el tratamiento oncológico. La pérdida de agudeza visual (AV) es el síntoma más común, seguido por dolor ocular y exoftalmos. El manejo de este tipo de metástasis no está claramente protocolizado, la radioterapia y quimioterapia proporcionan buenos resultados en cuanto a la disminución del tamaño y la sintomatología.

Caso clínico: Mujer de 37 años con antecedente de carcinoma epidermoide no queratinizante de cérvix tratado mediante quimioterapia, radioterapia y braquiterapia dos años antes, considerándose libre de enfermedad. Acude al Servicio de Urgencias (SU) por dolor en región orbitaria izquierda. Es diagnosticada y tratada de dacriocistitis aguda tras una imagen de masa en el conducto lagrimal en el escáner facial. A los 6 días acude de nuevo al SU por empeoramiento del dolor y disminución de AV en ojo izquierdo (OI). Presenta AV de 0,7 (previa de 1.0), edema palpebral leve y dolor con los movimientos oculares. Se realiza ingreso y resonancia magnética orbitaria, que muestra una masa infiltrando suelo orbitario y conducto lacrimonasal. Se realiza biopsia, cuyo resultado anatomopatológico es el mismo que el del tumor primario. Tras estudio sistémico se evidencian metástasis en diferentes regiones.

Conclusión: La metástasis orbitaria de cáncer de cervix es una patología muy poco frecuente. Sus síntomas principales son la disminución de visión y el dolor. Pese a la baja frecuencia, por su gravedad, es un diagnóstico de exclusión a tener en cuenta frente a un paciente con una masa orbitaria, sobre todo en pacientes con antecedentes oncológicos considerados libres o no de enfermedad.

CPCC-079

PTOSIS NEUROGÉNICA: SD. HORNER TRAS INTENTO AUTOLÍTICO

Selena Muñoz Muñoz, Denisse Espinosa Encalada, Alicia Gómez Saiz, Alejandro Gayoso Martínez

Objetivo: Presentar un caso de ptosis neurogénica producida por un síndrome de Horner en el contexto de un intento autolítico.

Caso clínico: Varón, 19 años remitido a consultas por ptosis ojo derecho (OD) de aparición súbita. Como antecedentes de interés, destaca intento autolítico en la semana previa, mediante la realización de cortes en región paramedial a ambos lados del cuello. En la exploración oftalmológica se objetiva: ptosis OD con hendidura palpebral 6 mm, DMR1 2mm y función del elevador de 8 mm. Se objetiva además, anisocoria, con miosis OD en condiciones fotópicas, enoftalmos y anhidrosis regional. El resto de exploración no mostró alteraciones. Ante estos hallazgos se realizó un TAC craneal y cervical que mostró integridad del paquete vascular principal del cuello con edema y enfisema en región de esternocleidomastoideo derecho. Actualmente el paciente se mantiene asintomático, con revisiones periódicas.

Discusión: La ptosis puede ser la primera manifestación de un síndrome de Horner, cuadros que se asocia a patologías potencialmente mortales. Los casos secundarios a traumatismos cervicales, son poco frecuentes. No obstante, como ocurre en este caso, una correcta anamnesis y explotación de vía óculo-simpática, es clave para detectar ptosis de causas poco frecuentes como la neurogénicas.

Conclusión: La ptosis de inicio súbito requiere una exploración detallada, siendo fundamental el papel del oftalmólogo para descartar patología grave, o cuadros poco frecuentes, como ocurre en nuestro caso.

CPCC-080

MIOSITIS ORBITARIA POSTESTREPTOCÓCICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Irene Reyzabal Ereño, Beatriz Elso Echeverría, Marta Echeverría Palacios, Ana Jiménez Alonso, Nerea Gangoitia Gorrotxategi, Leire Olazarán Gamboa

Introducción: La miositis orbitaria es una enfermedad rara caracterizada por inflamación de uno o más músculos extraoculares. Aunque normalmente se trate de una entidad frecuentemente idiopática, su origen se ha asociado a infecciones faríngeas postestreptocócicas, enfermedades inflamatorias sistémicas y autoinmunes. Afecta principalmente a adultos jóvenes, siendo rara su presentación en edad pediátrica.

Caso clínico: Varón de 9 años, con antecedente personal de faringoamigdalitis estreptocócica hace 1 mes confirmado mediante Streptotest, acude a urgencias por dolor y ojo rojo izquierdo (OI) de 4 días de evolución. Presenta una agudeza visual 10/10 en dicho ojo. En posición primaria de la mirada presenta endotropía del OI. A la exploración se aprecia limitación y dolor a la abducción completa del OI así como diplopía en levoversión. En la biomicroscopía se observa edema palpebral en región temporal superior e hiperemia temporal adyacente a inserción del músculo recto lateral. Se opta por tratamiento conservador bajo analgesia e ingreso para completar estudio. Se solicita analítica sanguínea y resonancia magnética (RM) craneal. En la analítica presenta unos títulos de anticuerpos antiestreptolisina O (ASLO) en el límite alto de la normalidad. En la RM se objetiva aumento de tamaño y alteración de la señal en la glándula lagrimal izquierda y en la inserción del recto lateral izquierdo. En revisiones posteriores, el paciente presenta clara mejoría de la clínica llegando a la autorresolución del cuadro.

Conclusiones: La miositis postestreptocócica es un trastorno inflamatorio raro cuya sintomatología incluye tumefacción palpebral, diplopía y limitación de la motilidad extraocular. Las pruebas de laboratorio que incluyan los anticuerpos ASLO o anti-DNasa B y las pruebas de imagen son esenciales en el diagnóstico. El tratamiento habitualmente es conservador ya que se trata de una entidad autolimitada, aunque en ocasiones se recurre al tratamiento antiinflamatorio sistémico.

CPCC-081

RITUXIMAB INTRAORBITARIO PARA TRATAR PSEUDOTUMOR ORBITARIO EN PACIENTE CON NEOPLASIA ACTIVA

Pablo Rivera Pérez de Rada, Sara Vallinas Hidalgo, Milagros Cobos Belso, Ana Ruibal Escribano, Estíbaliz Barastay Alberdi, Mariana Carmen Benedí Alcivar

Introducción: La enfermedad inflamatoria orbitaria idiopática (EIOI) o pseudotumor orbitario es infrecuente. El tratamiento más habitual es la infusión de corticoides intravenosos a altas dosis, pero puede perder su efectividad y acumular efectos secundarios. Se han usado distintos fármacos inmunosupresores, pero, hoy por hoy, no hay consenso en el protocolo de tratamiento.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 66 años con cuadro compatible con pseudotumor orbitario de varios años de evolución. Presenta evolución tórpida, con poca respuesta a corticoides. Hay dolor, rubor y elevación importante de la presión intraocular refractaria al tratamiento, llegando a 60 mmHg. En el momento que se plantea el tratamiento inmunosupresor, este es imposible por diagnóstico de neoplasia intestinal localmente avanzada. Se realiza el tratamiento con rituximab intraorbitario, inyectado en una dosis semanal durante 4 semanas. Se logró la resolución de los síntomas y la normalización de la PIO.

Conclusiones: El tratamiento con inyección intraorbitaria de rituximab ha sido descrito recientemente en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria orbitaria, aunque esta es la primera vez que se reporta en nuestro país.

Al no ser un tratamiento sistémico, se pudo usar este inmunosupresor en una paciente con una neoplasia activa sin temor a afectar a su cáncer.

En conclusión, el presente caso muestra un resultado satisfactorio del rituximab intraorbitario en una paciente con EIOI y neoplasia activa concomitante.

CPCC-082

CARCINOMA EPIDERMOIDE PRIMARIO DE ÓRBITA

Sofía Sánchez de Lara Sánchez, Aránzazu Caro Ortega, M.^a Amparo Lanuza García, Sergio Obiol Ferrández, Andrea Catalá Nadal, Sarra Bouchotrouch

Introducción: El carcinoma epidermoide o de células escamosas (CCE) primario de la órbita es infrecuente, el tratamiento más habitual es quirúrgico realizándose la escisión del tumor o la exan-teración orbitaria, con seguimiento del paciente. No está estandarizada su terapia por haber pocos casos.

Caso clínico: Paciente varón de 89 años que consulta por tumoración de la órbita izquierda su-peronasal de dos semanas de evolución. A la exploración se palpa una lesión dura, con ligero dolor a la presión; se evidencia por parte del paciente de un crecimiento rápido; se realiza tomografía computerizada (TC) donde se aprecia una tumoración de 20 x 14 mm extraconal que afecta al obli-cuo mayor. El examen oftalmológico se aprecia pseudoafáquia, edema corneal, atrofia macular, y glaucoma en tratamiento en ambos ojos. La agudeza visual es cuenta dedos en los dos ojos.

Se realizó una biopsia del tumor cuyo resultado fue de CCE. Se practica TC toraco abdominal sin alteraciones tumorales y un nuevo TC orbitario apreciándose crecimiento de la lesión en 3 semanas de 10 mm y afectación también del recto superior.

En el Comité de tumores se descartó el tratamiento médico con Cemiplimab. Por el crecimiento rápido del tumor, la localización y sin metástasis se decide intervenir, de acuerdo con el paciente, realizándose exan-teración orbitaria con colgajo del músculo temporal. El resultado anatomopato-lógico fue de CCE con una zona límite al periostio superonasal, por lo que el Comité de tumores aconsejan 30 sesiones de radioterapia.

Conclusión: Los carcinomas epidermoides son de rápido crecimiento, agresivos y se añade un elemento más en el desafío de la decisión terapéutica por la localización orbitaria. Esta patología ha de ser estudiada por un equipo interdisciplinar y así alcanzar el mejor resultado posible para cada paciente.

CPCC-083

VARIANTE ESCAMOSA-LIKE DE CARCINOMA DE CÉLULAS SEBÁCEAS: MANEJO Y ABORDAJE QUIRÚRGICO

M.^a de las Mercedes Valentín-Pastrana Aguilar, José Javier San Román, Ignacio Tapias Elías, Ana M.^a Angulo Granadilla, Alberto Escudero Villanueva, Ignacio Jiménez-Alfaro Morote

Introducción: Presentamos el caso de una paciente con carcinoma de células sebáceas variante escamosa-like con la finalidad de determinar las medidas diagnósticas y el abordaje terapéutico más adecuado, teniendo en cuenta su baja frecuencia.

Caso clínico: Mujer de 79 años que acude a Urgencias por dolor en párpado superior derecho (PSD) de 10 días de evolución. A la exploración física destaca una placa rugosa blanquecina de 1 cm de diámetro en conjuntiva tarsal superior (CTS) temporal. Dada la rápida aparición y aspecto se decidió biopsiar, resultando un carcinoma epidermoide intraepitelial. Se propuso tratamiento citorrreductor: tres ciclos de inyección de 5fluorouracilo (FU) intralesional y colirio 5FU previa colocación de tapón ocluser.

A los 16 meses nuestra paciente reconsulta por molestias en dicho ojo, observándose una lesión ulcerada cutánea en región nasal PSD acompañada de pérdida de pestañas, presentando en la nueva biopsia carcinoma sebáceo con infiltración a nivel de la CT y afectación intraepitelial cutánea; la prueba de imagen descartó extensión y unas biopsias seriadas con inmunohistoquímica valoraron misma estirpe que primera lesión reseçada.

Ante agresividad de este tumor se decide resección con estudio de márgenes, que resultaron libres de infiltración, y reconstrucción tipo Cutler Beard.

No ha presentado recidiva de la lesión en los últimos 20 meses de seguimiento.

Conclusiones: La variante escamosa-like es un subtipo atípico de carcinoma de células sebáceas. Es muy importante la presencia de anatomopatólogos y cirujanos especialistas en oncología ocular dado el difícil diagnóstico.

La presencia de neoplasias escamosas en CT y regiones no fotoexpuestas son extraordinariamente infrecuentes y siempre debemos sospechar de otra estirpe tumoral en caso de su diagnóstico anatomopatológico.

El carcinoma de células sebáceas es un tumor muy agresivo y potencialmente letal que requiere de un abordaje rápido y multidisciplinar.

CPCC-084

LA IMPORTANCIA DEL CONTROL DEL OJO ROJO EN EL DÍA A DÍA DEL OFTALMÓLOGO Y DEL PACIENTE

José Salgado-Borges, Ricardo Machado Soares, Filipe Esteves, Isabel Ferreira, Anabela Borges, Pedro Coelho

Propósito: Con un diagnóstico etiológico correcto, el control del ojo rojo persistente presenta un desafío para el oftalmólogo y para el paciente. Solo disponíamos de productos que actuaban sobre los receptores alfa1-adrenérgicos, sobre las arteriolas conjuntivales produciendo su constricción, pero asociados a taquifilaxia y efecto rebote tras su interrupción.

Método: Tres casos de ojo rojo tratados con brimonidina (0,025%) con efecto selectivo alfa-2, actuando sobre las vénulas conjuntivales: a) mujer de 38 años expuesta a ambientes de trabajo con largas horas frente a dispositivos digitales; b) varón de 44 años con problemas de ojo seco, agravados por ambientes climatizados en su trabajo; c) paciente de 65 años con glaucoma controlado con colirios antiglaucomatosos sin conservantes, irritación ocular y ojo rojo, afectando su calidad de vida y adherencia al tratamiento.

Resultados: a) El uso preventivo de colirios vasoconstrictores demostró ser efectivo, manteniendo los ojos libres de enrojecimiento y reduciendo las molestias durante el día; b) la adición de brimonidina 0,025% supuso una rápida mejoría, destacando su eficacia como coadyuvante del tratamiento actual. Este caso pone de manifiesto la complejidad del tratamiento del ojo seco y la importancia de realizar ajustes personalizados en el plan de tratamiento para mejorar el bienestar general y la autoestima del paciente; c) la inclusión de brimonidina resultó en una mejora notable en la apariencia diaria y bienestar del paciente. Los desafíos del tratamiento del glaucoma, especialmente en relación con la tolerancia y adherencia, enfatizan la importancia de tratar los efectos secundarios, como la hiperemia conjuntival.

Conclusión: El análisis integrado de los datos de seguridad y eficacia confirmó en nuestros pacientes que la solución oftálmica utilizada de brimonidina en dosis bajas (0,025%) es eficaz en la reducción del enrojecimiento ocular, bien tolerado, con ausencia de taquifilaxia y efecto rebote.

CPCC-085

QUERATOPLASTIA ENDOTELIAL CON MEMBRANA DE DESCOMET (DMEK) AL LÍMITE: DMEK EN PACIENTE CON QUERATOTOMÍA RADIAL

Marina Aguilar González, Cristina Peris Martínez, Ester Fernández López, M.^a José Roig Revert, Guillermo Rodríguez Iranzo, Mikhail Hernández

Introducción: La técnica de DMEK consiste en la sustitución selectiva de la membrana de Descemet y la capa endotelial. Sus ventajas con respecto a la queratoplastia penetrante y DSAEK (descemet stripping with automated endothelial keratoplasty) han sido descritas. La cirugía de DMEK se realiza con mayor frecuencia en pacientes descompensación endotelial secundaria a la distrofia endotelial de Fuchs y la queratopatía bullosa en ojos no complicados, sin embargo, debido a sus ventajas con respecto a otras técnicas, sus indicaciones cada vez son más amplias y se pueden obtener buenos resultados con la técnica en ojos complicados o con cirugías previas, como la queratotomía radial.

Caso clínico: Se presenta el caso clínico de un paciente con antecedentes de queratotomía radial y descompensación endotelial tras cirugía de cataratas que fue tratado con DMEK. En la exploración inicial presentaba una mejor agudeza visual corregida (MAVC) en ojo derecho (OD) de 0.2 con edema corneal, pliegues endoteliales y queratotomía radial con incisiones algo abiertas a la exploración con lámpara de hendidura. Tras la cirugía de DMEK la MAVC en OD era de 0.8 a los dos meses y de 1 a los nueve meses. El injerto se mantuvo in situ y transparente desde el postoperatorio inmediato y a largo plazo.

Conclusiones: Este caso muestra que la DMEK puede utilizarse con éxito en ojos tras queratotomía radial con buena y pronta recuperación de la agudeza visual.

CPCC-086

CONJUNTIVITIS CICATRIZANTE INDUCIDA POR DUPILUMAB EN PACIENTE CON DERMATITIS ATÓPICA

María Artigues Martínez, M.^a Magdalena Sastre Comas, Noceiba Ben Jassen Jemni, Adrián Bujosa Mateu

Introducción: La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, caracterizada por lesiones eccematosas y prurito intenso. Los casos moderados o graves pueden requerir tratamiento sistémico. Dupilumab es un anticuerpo monoclonal que inhibe la señalización de las interleucinas 4 y 13, principales mediadoras de la inflamación tipo 2. Uno de sus conocidos efectos adversos es la enfermedad de la superficie ocular inducida por dupilumab, comúnmente manifestada como blefarconjuntivitis leve. La forma de conjuntivitis cicatrizante es una complicación rara, con poca evidencia publicada.

Caso clínico: Mujer de 42 años con antecedentes de dermatitis atópica severa de larga evolución, sin antecedentes oculares. Desde hace cuatro años en tratamiento con dupilumab, durante los cuales ha experimentado episodios de blefaritis y conjuntivitis leves de repetición, manejados eficazmente con antihistamínicos y corticoides tópicos. Sin embargo, en los últimos meses, refirió empeoramiento de los síntomas oculares. A la exploración, se observó hiperemia de la conjuntiva bulbar, queratitis superficial fina y limbitis en ambos ojos, junto con fibrosis subepitelial en la conjuntiva tarsal superior e inferior y triquiasis inferior. Se añadió ciclosporina tópica, pero debido a la agresividad del cuadro y la aparición de fibrosis cicatricial, se decidió junto con el servicio de dermatología suspender el dupilumab. Dos meses después, manteniendo el tratamiento antiinflamatorio tópico, se observó una mejora significativa de los síntomas oculares, con mínima hiperemia residual y reducción progresiva de la fibrosis subepitelial.

Conclusiones: La conjuntivitis inducida por dupilumab es un efecto adverso común que, como en el caso presente, puede ser cicatrizante y amenazar la función visual. Es importante reconocer tempranamente este efecto adverso y tratarlo de forma precoz. Se propone un algoritmo de manejo específico para la conjuntivitis en estos pacientes.

CPCC-087

PRESENTACIÓN PSEUDOTUMORAL DE LIQUEN PLANO CONJUNTIVAL

Adrián Bujosa Mateu, Magdalena Sastre Comas

Introducción: El liquen plano es una enfermedad inflamatoria con manifestaciones cutáneas y mucosas secundaria a la apoptosis inmunomediada de los queratinocitos y a la destrucción de los hemidesmosomas. Aunque se desconoce su etiología, son múltiples las asociaciones con otras patologías como la infección por el virus de la hepatitis C o el uso de fármacos como los beta bloqueantes y los AINEs. Su curso puede ser autolimitado o en brotes, siendo poco frecuentes los casos con tendencia a la cronicidad. La presentación clínica más frecuente es cutánea, pero es común la presencia concomitante de lesiones mucosas orales o genitales. Sin embargo, la afectación aislada de la capa conjuntival es muy infrecuente y los pacientes pueden acudir con presentaciones atípicas dificultando tanto el diagnóstico como su tratamiento.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 47 años que acude por una clínica de ojo rojo izquierdo de 6 meses de evolución. En la exploración mediante biomicroscopia se observa una lesión nodular de aspecto tumoral y vascularización anómala, por lo que se decide realizar una biopsia escisional non touch ante la sospecha de una neoplasia conjuntival intraepitelial. No obstante, el estudio anatomopatológico describe la presencia de inflamación liquenoide sin signos de displasia compatibles con una lesión maligna. Ante los hallazgos y tras recidivar la lesión a pesar del tratamiento tópico con corticoides, se decide iniciar tratamiento sistémico con corticoides y rituximab obteniendo una respuesta favorable.

Conclusión: La escasa prevalencia y su atípica presentación pseudotumoral convierten al liquen plano conjuntival en un auténtico reto diagnóstico. Debemos destacar la importancia de obtener un diagnóstico histológico ante este tipo de lesiones para iniciar un tratamiento efectivo que controle su progresión.

CPCC-088

IMAGEN MULTIMODAL DE DEPÓSITOS CORNEALES POLICROMÁTICOS ASOCIADOS A GAMMAPATÍA MONOCLONAL

Ana Cabo Sánchez, Javier García Bardera, Pilar Pérez García, David Díaz Valle

Introducción: La gammapatía monoclonal de significado incierto (GMSI) es una patología hematológica caracterizada por la aparición de un pico monoclonal de inmunoglobulinas en suero. La afectación oftalmológica, particularmente corneal, es infrecuente. El conocimiento y sospecha de este cuadro hace posible plantear un correcto diagnóstico diferencial sistémico.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 72 años, con hallazgo casual de depósitos corneales policromáticos en una revisión oftalmológica, objetivados tanto en lámpara de hendidura como en imágenes de OCT y microscopía confocal. El diagnóstico diferencial propició un estudio sistémico que incluyó un hemograma, glucemia, uricemia, paneles hepático y renal, marcadores proinflamatorios, así como un urianálisis con beta 2 microglobulina. Finalmente, se realizó una electroforesis de proteínas en suero que demostró el pico monoclonal y permitió establecer el diagnóstico.

Conclusiones: Los depósitos corneales policromáticos se identifican mediante examen en lámpara de hendidura, y su identificación se mejora recurriendo a técnicas de imagen como OCTSA y microscopía confocal. El estudio etiológico no debe limitarse a causas corneales, sino que se deben excluir además patologías sistémicas, entre ellas, causas poco frecuentes como la GMSI. Solo mediante su sospecha se planteará un estudio que incluya la realización de un proteinograma sérico, que mostrará típicamente una elevación monoclonal de inmunoglobulinas.

CPCC-089

TOXICIDAD OCULAR POR TRATAMIENTO CON ANTICUERPOS CONJUGADOS Y BIOESPECÍFICOS EN MIELOMA MÚLTIPLE REFRACTARIO

Héctor Carot Sanmillán, Patricia Bayo Caldach, Álvaro Ojeda Parot, Antonio Miguel Duch Samper

Introducción: Los anticuerpos monoclonales (Belantamab) o los anticuerpos biespecíficos (Talquetamab) están indicados en el tratamiento del Mieloma múltiple (MM) refractario. El efecto adverso ocular más frecuente de Belantamab es la aparición de microquistes epiteliales corneales mientras que la uveítis lo es de Talquetamab.

Caso clínico: Mujer de 58 años diagnosticada en 2015 de MM inicia tratamiento con Belantamab tras fracaso de 4 líneas terapéuticas. El manejo oftalmológico de estos pacientes requiere una visita basal que registre la agudeza visual (AV) y los hallazgos de biomicroscopía. Deberán realizarse revisiones cada 21 días durante el tratamiento. En función de los hallazgos oftalmológicos se establece la reducción de la dosis o incrementar el intervalo entre ciclos. Entre enero 2022 y marzo 2023 recibió 21 ciclos de Belantamab, con episodios de visión borrosa y fluctuaciones de la AV por la aparición de distintos grados de ojo seco y microquistes subepiteliales que requirieron el retraso y/o disminución de dosis de Belantamab. En septiembre 2023 presenta un plasmocitoma mandibular, iniciándose la 6.^a línea de tratamiento con Talquetamab. Ese mes acude a urgencias por irritación y molestias oculares, diagnosticándose de uveítis anterior aguda bilateral. Inicia tratamiento tópico con prednisolona, ciclopentolato e hidrocortisona pomada nocturna, con remisión parcial del cuadro. Tras 12 meses, hematología detecta progresión biológica, suspendiendo el fármaco y objetivándose una agudización de su uveítis, disminución de AV y aparición de hipopión en ojo derecho. El fondo de ojo muestra lesiones amarillentas dispersas con puntos hiperreflectivos aislados en capas internas de la retina en la OCT, que disminuyen dos meses tras la retirada del fármaco.

Conclusiones: La potencial aparición de efectos adversos oculares de los tratamientos hematológicos requiere un exhaustivo manejo y colaboración interdisciplinar entre el servicio de oftalmología y hematología.

CPCC-090

ADELGAZAMIENTO ESCLERAL SEVERO TRAS 50 INYECCIONES INTRAVÍTREAS EN EL MISMO CUADRANTE

Beatriz de Pablo Gómez de Liaño, Esther Mata Díaz, Almudena Acero Peña, Carlos de Pablo Martín, Marta Jiménez Rolando

Introducción: Las inyecciones intravítreas con anti factor de crecimiento endotelial vascular (anti VEGF) son el tratamiento de elección de la degeneración macular húmeda (DMAE). Los pacientes pueden recibir múltiples inyecciones al año, generalmente en el cuadrante ínfero temporal a 3-4 mm del limbo.

Caso clínico: Presentamos, un caso de adelgazamiento escleral temporal inferior tras 50 inyecciones de Aflibercept siempre en este cuadrante durante un periodo de 10 años. La paciente de 89 años con ojo único funcional derecho presenta, de forma brusca, una lesión deprimida de color oscuro de 2mm de diámetro recubierta de conjuntiva situada a 3,5 mm del limbo en el cuadrante ínfero temporal del ojo derecho. No se asocia a dolor ni reacción inflamatoria perilesional. En la tomografía óptica de coherencia de polo anterior se aprecia una gran depresión de la esclera con adelgazamiento del 50 por ciento aproximadamente. Desde ese momento se ha cambiado el lugar de administración del tratamiento al cuadrante supero temporal, realizándose esta sin problemas en 3 ocasiones, lo que ha permitido mantener el tratamiento y la visión de la paciente.

Conclusiones: Con este caso se muestra que las inyecciones repetidas de anti-VEGF en una misma zona podrían ocasionar excepcionalmente un adelgazamiento escleral por lo que se aconseja variar el lugar de administración de las mismas.

CPCC-091

EXÉRESIS DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CONJUNTIVAL CON INJERTO DE MEMBRANA AMNIÓTICA

Miguel Ángel de Torres Jiménez, Ana Prieto Aberasturi, Mateo Villalba Conde, Cristina Lillo Ferreira

Introducción: Los tumores del epitelio escamoso de la conjuntiva y cornea son los tipos más comunes de neoplasia primaria ocular con una incidencia de 2 casos por 100.000 habitantes por año. Suelen aparecer en pacientes entre los 60-70 años. Su origen no está claro, siendo multifactorial. Constituyen el precursor in situ del carcinoma de células escamosas. Existen tres estadios según la afectación de la lesión. Si afecta al tercio externo se denomina displasia leve o estadio I, dos tercios externos displasia moderada o estadio II o al espesor de todo el epitelio displasia severa o estadio III.

Casos clínicos: Se trataron 4 ojos de 4 pacientes con edades comprendidas entre los 57 y los 91 años, se realizó exéresis de la lesión corneo conjuntival, epiteliectomía corneal marginal con alcohol 20% y plastia del defecto conjuntival con membrana amniótica. Su tamaño varió entre 1-1.5cm. Su diagnóstico histopatológico fue de neoplasia intraepitelial conjuntival (NIC) con displasia leve. En la mitad de los casos se administró interferón tópico alfa 2b 1 vez al día durante 5 meses.

En todos los casos se produjo la desaparición completa de la lesión. El seguimiento de los pacientes oscila entre los 11 y 32 meses (media: 18.75 meses) sin evidencia de recurrencia clínica. No se observaron efectos secundarios en ninguno de los cuatro pacientes.

Conclusión: Las NIC son lesiones de lenta progresión. El método tradicional de resección presenta alto nivel de recurrencias, entre un 25-53%. Por ello, la escisión con biopsia para asegurar márgenes libres suele ser el tratamiento definitivo. Se emplean terapias adyuvantes tópicas, como la mitomicina C o el interferón alfa 2b. El injerto de membrana amniótica tiene propiedades antiinflamatorias, anticicatriciales, estimuladora de la proliferación de tejidos, es por ello, que se utiliza en múltiples patologías oculares ayudando a la reconstrucción de la superficie ocular así como a disminuir las recidivas futuras.

CPCC-092

MELANOMA CONJUNTIVAL DE RÁPIDO CRECIMIENTO; A PROPÓSITO DE UN CASO

Isabel Fabelo Hidalgo, Nicolás Pérez-LLombet Quintana, José Luis Delgado Miranda, Bárbara Isabel Acosta Acosta, Dayra Hernández Marrero, M.^a Antonia Gil Henández

Introducción: El melanoma conjuntival (MC) es un tumor infrecuente que afecta al epitelio conjuntival. Constituye sólo el 2% de los tumores oculares, aunque con incidencia creciente. Las lesiones, originadas de novo o secundarias a lesiones precursoras como nevus o melanoses primarias adquiridas, suelen presentar gran heterogeneidad clínica, más similares a los melanomas cutáneos que a los uveales. Su tratamiento abarca múltiples opciones como exéresis quirúrgica o terapias adyuvantes (crioterapia, quimioterapia o braquiterapia). En caso de no tratarlos, su morbi-mortalidad es elevada.

Caso clínico: Nuestra paciente es una mujer de 80 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia y pseudofaquia en ambos ojos, que fue valorada por una lesión conjuntival en ojo izquierdo de reciente aparición, con origen en fondo de saco superior y protusión hacia hendidura, de bordes lisos y contenido blando hemático. Su tamaño al inicio del estudio era de 10 mm, desarrollando posteriormente rápido crecimiento y ulceración. Ante la sospecha de tumor vascular, se solicitaron pruebas de imagen que descartaron invasión intraocular e intraorbitaria, y se llevó a cabo la exéresis quirúrgica. El estudio histológico confirmó el diagnóstico de melanoma nodular ulcerado, de alto índice mitótico y 3.5 cm de diámetro. Posteriormente precisó tratamiento adyuvante con 5-fluoracilo con buena tolerancia. La paciente fue derivada al servicio de oncología médica para estudio de extensión.

Conclusiones: Se debe priorizar la exéresis-biopsia de tumoraciones conjuntivales pigmentadas de rápido crecimiento, con el objetivo de realizar un diagnóstico y tratamiento precoz y disminuir las posibilidades de recurrencia del MC.

CPCC-093

QUEMADURA OCULAR GRAVE POR PIROTECNIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Samara Fariña Abdala, Manuela Hedilla Villalonga, Behidy Héctor Díaz, Jihane Ezbakhe, M.^a
Teresa Marcos Parra, Sara Rodrigo Rey

Introducción: Las quemaduras oculares suponen un 12-19% de los traumatismo oculares, afectando especialmente a jóvenes. Pueden ser causadas por agentes químicos o térmicos y requieren una actuación inmediata, de la cual dependerá el pronóstico final.

Caso clínico: Se aborda el seguimiento de un año de una quemadura ocular grave (clasificación de Dua grado V) en una joven de 17 años por traumatismo accidental con un petardo en el ojo derecho. Tras acudir a su ambulatorio, lo remitieron al hospital con oclusión ocular sin lavado previo. El globo ocular se encontraba íntegro pero con alteraciones graves de la superficie ocular: isquemia limbar de más de 12 horas, abrasión conjuntival importante, edema corneal con opacificación del estroma temporal y abundantes restos de pólvora en conjuntiva bulbar y tarsal; además de quemaduras de primer y segundo grado bpalpebrales. Durante el seguimiento se ha tratado con antibioterapia empírica, corticoides, lubricación ocular intensa y, a la semana del suceso, un trasplante de membrana amniótica. Actualmente, y conociendo el mal pronóstico del caso, los objetivos son estabilizar completamente la superficie ocular para un consiguiente trasplante limbar que permita disminuir las probabilidades de fracaso de una queratoplastia penetrante.

Conclusión: Las quemaduras oculares siempre han de ser tratadas inmediatamente con lavados profusos de suero fisiológico porque de esto dependerá el pronóstico visual en su mayoría. Además del tratamiento médico tópico, en casos graves se utiliza membrana amniótica tanto para cubrir grandes defectos epiteliales como por su capacidad regeneradora. Si existe una cicatriz corneal con una insuficiencia limbar, la indicación de trasplante de limbo será prioritaria para que no fracase un trasplante corneal.

CPCC-094

ÚLCERA MARGINAL TRAS DISMINUCIÓN DE TRATAMIENTO SISTÉMICO EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE

Julia Fornieles García, María Nogueroles Bertó

Introducción: La queratitis ulcerativa periférica (PUK) es una inflamación destructiva del estroma corneal yuxtalimbar que cursa con defecto epitelial, infiltración y adelgazamiento estromal que pueden ocasionar perforación corneal y pérdida de visión grave que requiere manejo urgente multidisciplinario.

Caso clínico: Mujer de 59 años que acude a Urgencias por escozor y ojo rojo bilateral desde hace 3 días. Niega uso de lentes de contacto.

Como antecedentes destaca Artritis Reumatoide (AR) en tratamiento con Leflunomida 10 mg/día.

A la anamnesis, niega clínica articular, pero sí reciente disminución en la dosis habitual de tratamiento oral.

A la exploración se objetiva: hiperemia mixta 1+ bilateral, córneas transparentes, con lesión blanquecina superior de 2 mm vertical y 5 mm horizontal en ojo derecho (OD) y 2 mm vertical y 6 mm horizontal en ojo izquierdo (OI), con pannus asociado. El epitelio corneal se encontraba intacto en OD y con tinción en OI. Sin otras alteraciones.

La exploración y el antecedente de AR orientaron al diagnóstico de PUK, por lo que se inició tratamiento con colirios de fluorometolona 1mg/ml, moxifloxacino y lágrimas artificiales. Tras 72h horas, se objetivó mejoría clínica y aclaramiento lesional, sin tinción. La tomografía de coherencia óptica de segmento anterior centrada en la región patológica mostraba una hiperreflectividad estromal anterior sin afectación de epitelio corneal.

Se intensificó tratamiento con colirio dexametasona 1mg/ml en pauta descendente larga y valoración por Reumatología, que decidieron aumento de dosis de Leflunomida a 20mg/día.

Conclusiones: La PUK es una entidad infrecuente en pacientes con AR, en especial si está bien controlada, y su manejo urgente es fundamental. Este caso ejemplifica la independencia entre la enfermedad sistémica y ocular, la influencia de tratamiento oral en el inicio de la PUK, así como la importancia de una buena coordinación con Reumatología.

CPCC-095

QUERATOLISIS PARACENTRAL BILATERAL CON PERFORACIÓN OCULAR IZQUIERDA: COMPLICACIÓN DE TRATAMIENTO INMUNOTERÁPICO

Pablo González de los Mártires, Gonzalo Guerrero Pérez, Nerea Gangoitia Gorrotxategi, Leire Olazarán Gamboa, Iñigo Salmerón Garmendia, Lara Berástegui Arbeloa

Introducción: Reportar una queratolisis paracentral bilateral con perforación ocular izquierda en paciente oncológico bajo tratamiento inmunoterápico con Tobemstomig, así como describir las intervenciones médicas y quirúrgicas empleadas.

Caso clínico: Varón de 63 años que acude a urgencias con dolor ocular y visión borrosa en OI de dos días de evolución. Como antecedentes presenta un carcinoma de esófago metastásico y está incluido dentro de un ensayo clínico fase II que compara Tobemstomig/RO7247669, un anticuerpo bispecífico PD1-LAG3, con Nivolumab. Presentaba una agudeza visual de 20/40 en OD y de cuenta dedos en OI. El examen en lámpara de hendidura reveló un adelgazamiento corneal paracentral bilateral. Además, la OCT corneal mostró un remanente estromal de 124 μm en OD y una perforación corneal central de 286 μm en OI. Tras diagnosticar queratolisis paracentral bilateral y perforación ocular en ojo izquierdo, se le sometió de inmediato a un recubrimiento tectónico con parche escleral autólogo. También se realizó la aplicación de un colgajo conjuntival de Gundersen, junto con un plan terapéutico específico tanto tópico como sistémico. Posteriormente, fue excluido del ensayo clínico debido al grave evento adverso, revelando más tarde el uso del tratamiento bispecífico.

Conclusiones: Los inhibidores de puntos de control inmunitario son esenciales en el tratamiento oncológico. No obstante, pueden inducir complicaciones en la superficie ocular, que tienden a centrarse en queratitis por ojo seco. En casos extremos, llegan a desencadenar ulceración, adelgazamiento e incluso perforación corneal. La medida terapéutica principal consiste en la suspensión inmediata del fármaco, asociando medicación antiinflamatoria sistémica y tópica, así como de promoción de la cicatrización corneal. Ante perforación corneal, es crucial preservar la integridad ocular de manera urgente, ya sea aplicando cianoacrilato tópico o mediante alguna técnica quirúrgica tectónica.

CPCC-096

MEMBRANA AMNIÓTICA INTEGRADA A NIVEL SUBEPITELIAL EN UN PACIENTE CON DISTROFIA DE COGAN TRAS DESEPITELIZACIÓN Y RECUBRIMIENTO CON PARCHE DE MA

Clara Heredia Pastor, Antonio Alarcón García, Elena Montolío Marzo, Ricardo Cuiña Sardiña

Introducción: El desbridamiento epitelial forma parte del arsenal terapéutico de la distrofia de la membrana basal epitelial sintomática, y en ocasiones se asocia a un trasplante de membrana amniótica (MA).

Caso Clínico: Se presenta el caso de un paciente con distrofia de Cogan o distrofia de la membrana basal epitelial que tras someterse a una cirugía de desbridamiento epitelial con trasplante de MA presentó una integración total del trasplante a nivel subepitelial, produciendo opacidad corneal persistente.

Tras un periodo de observación durante el cual no se observó reabsorción de la MA, se decidió reintervenir al paciente procediendo a desepitelizar de nuevo la córnea receptora y retirar la MA trasplantada. En esta ocasión no se realizó trasplante de MA, se colocó una lente de contacto terapéutica y se trató con antibiótico tópico y lubricación. En las revisiones posteriores se pudo objetivar una epitelización completa de la córnea con buena transparencia y sin recidivas de la distrofia.

Conclusiones: Durante la re-epitelización corneal que sigue al desbridamiento, se puede producir una integración de la membrana amniótica que conllevaría una opacidad corneal discapacitante. Es importante conocer esta posible complicación y tomar medidas para evitarla. A la hora de planear el trasplante, se debe recortar la membrana de manera que sobrepase los límites del defecto epitelial, ya que si no los sobrepasa podría actuar como una falsa membrana basal sobre la que crece el epitelio corneal integrando el tejido membranoso.

CPCC-097

NEOPLASIA CONJUNTIVAL TRATADA CON MITOMICINA C IN SITU: A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS

Iranzu Ibáñez Sada, M.^a Micaela Scorsetti, Alicia Aurelia López Rodríguez, Juan A. Durán de la Colina, Paula Garrido López

Introducción: La Neoplasia Escamosa de la Superficie Ocular (OSSN) representa la lesión maligna no pigmentada más común de la superficie ocular. El procedimiento convencional para abordar estas lesiones ha sido la escisión lesional junto con medidas coadyuvantes como la quimioterapia tópica con mitomicina C, 5-fluorouracilo e interferón α -2b.

Caso Clínico: Se presentan dos pacientes varones de 68 y 79 años. El examen biomicroscópico reveló en ambos casos una lesión limbar leucoplásica de aproximadamente 1-2 mm con vascularización asociada en la conjuntiva nasal adyacente al limbo (Figura 1 y 2).

Con la ayuda de la tomografía de coherencia óptica de segmento anterior de alta resolución se diagnosticó en ambos casos, la presencia de una neoplasia intraepitelial que se originaba en la conjuntiva y se extendía hacia la córnea (figura 3). El resto de análisis tanto de la cámara anterior como el fondo de ojo arrojaron resultados dentro de los parámetros normales.

Se planteó un tratamiento consistente en la aplicación de mitomicina C al 0.04% directamente sobre la lesión. Esto se realizó por medio de un bastoncillo impregnado durante 1 minuto tras la aplicación previa de anestésico tópico y posterior lavado con BSS (Figura 4). Se realizaron entre 2 y 3 aplicaciones semanales a lo largo de 2 meses con resultados favorables con la regresión de las lesiones conjuntivales, sin manifestar efectos secundarios adversos (Figura 5 y 6).

Conclusión: La aplicación in situ de mitomicina C ha demostrado eficacia y seguridad farmacológica, por lo que podría ser una alternativa a la terapia quirúrgica y tópica de neoplasias conjuntivales localizadas. Se planteó este tratamiento con el objetivo de evitar los efectos adversos de la aplicación tópica de este fármaco. Actualmente no se ha determinado un régimen de aplicación local óptima por lo que son necesarios más estudios para establecer un régimen y controlar los posibles efectos secundarios y recurrencias a largo plazo.

CPCC-098

ALTERACIONES DE LA SUPERFICIE CORNEAL EN EL SÍNDROME DE COCKAYNE

Carmen Matarredona Muñoz, Raquel Rodrigo Fernández, Nerea Sáenz Madrazo, Azucena Baeza Autillo, Fátima Martín Luengo, María Hernando Portela

Introducción: El síndrome de Cockayne es una enfermedad rara multisistémica de herencia autosómica recesiva producida por mutación en los genes ERCC6 o ERCC8. Se caracteriza por enanismo, microcefalia, fotosensibilidad, retraso del desarrollo, disfunción neurológica, sordera neurosensorial y facies típica por falta de tejido adiposo y enoftalmos. A nivel oftalmológico presentan con frecuencia baja agudeza visual, retinopatía pigmentaria progresiva y catarata. También se han descrito otras alteraciones como queratopatía en banda o erosiones recurrentes.

Caso Clínico: Mujer de 18 años, natural de Santo Domingo, con las siguientes características: baja estatura, microcefalia, enoftalmos, alteraciones de la superficie corneal, retraso del desarrollo y alimentación por gastrostomía. En su país de origen fue diagnosticada de parálisis cerebral infantil secundaria a hipoxia perinatal. No obstante, la madre refiere parto a término mediante cesárea electiva sin complicaciones. Tras realizar el estudio genético, se confirma el síndrome de Cockayne al detectar dos variantes patogénicas en el gen ERCC8. En consultas de Oftalmología se evidencia maloclusión palpebral, pannus inferior y un leucoma paracentral inferior en ambos ojos; junto a una úlcera que alcanza estroma profundo en ojo derecho y queratitis gruesa superficial en ojo izquierdo. Ante estos hallazgos se realiza intervención quirúrgica con colocación de coágulo de fibrina sobre úlcera la corneal y se prescribe colirio de plasma rico en plaquetas y colirio de tobramicina/dexametasona. En las revisiones posteriores presenta una mejoría significativa con resolución completa de la úlcera.

Conclusión: El síndrome de Cockayne es una enfermedad rara multisistémica que asocia manifestaciones oftalmológicas de distinta índole. En el caso expuesto, la paciente presentaba alteración grave de la superficie corneal que mejoró de forma significativa tras tratamiento con coágulo de fibrina y colirio de plasma rico en plaquetas.

CPCC-099

¿QUÉ HAY DEBAJO DE LA HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL?

Carolina Mateos Vicente, M.^a Pilar Criado Muñoz, Ana Rosa Albandea Jiménez, M.^a José Crespo Carballés

Introducción: Los linfomas del ojo y los anejos oculares suponen del 2 al 10% de los linfomas extranodales. Los linfomas conjuntivales suponen del 20 al 30% de los tumores linfoides del ojo y anejos, y tan sólo un 20-30% de los casos se encuentra asociado a enfermedad sistémica.

Caso Clínico: Mujer de 48 años de edad que acude a Urgencias por cefalea y sensación de presión en ojo izquierdo (OI) desde hace 6 meses aproximadamente, acentuado en los últimos quince días con aparición de una lesión hemorrágica en conjuntiva bulbar superior, por debajo de párpado superior izquierdo, sin que se aprecie el límite posterior de la lesión. Se realiza una tomografía computarizada (TAC) urgente, con diagnóstico de posible lesión vascular conjuntival (hemangioma), y posteriormente una resonancia magnética (RMN) preferente informada como lesión inespecífica y de características no agresivas que probablemente corresponde a un linfangiohemangioma. Posteriormente se realiza una biopsia de la lesión y estudio anatomopatológico cuyo resultado fue de linfoma de tejido linfoide asociado a mucosas (MALT) de la zona marginal. Se remite a la paciente al Servicio de Hematología, se completa estudio de extensión, y se decide tratamiento con quince sesiones de radioterapia local. En la última revisión realizada la paciente está asintomática, con buena agudeza visual, y clara mejoría del aspecto de la lesión.

Conclusión: La mayoría de los linfomas conjuntivales son linfomas de células B de bajo grado, situándose en el extremo más favorable de los linfomas malignos. Hay que tener en cuenta que clínicamente es imposible diferenciar entre lesiones benignas y malignas, o muy difícil de diferenciar de otras lesiones conjuntivales, como en este caso, por lo que es imprescindible la realización de una biopsia, y si se confirma el diagnóstico de lesión maligna, descartar afectación sistémica.

CPCC-100

MANEJO DE UNA EXPOSICIÓN ESCLERAL CON COLIRIO DE MEMBRANA AMNIÓTICA TRAS BLEBITIS POST XEN

Ainhoa Cinta Mimendia Sancho, Pau Cid Bertomeu, Valentín Huerva Escanilla

Introducción: El uso de antiproliferativos asocian ampollas de paredes finas, avasculares y frágiles, aumentando ciertos riesgos de complicaciones de estas. La blebitis es una infección de la ampolla de filtración que generalmente responde bien a la terapéutica de antibiótica local y evoluciona con buen pronóstico visual. En este caso presentamos un paciente con blebitis post XEN con adelgazamiento escleral, en el que se utilizó colirio de membrana para su manejo.

Caso: Hombre, intervenido con implante XEN en ambos ojos hace un año, acude a urgencias por molestias y secreciones en ojo izquierdo. Agudeza visual 0,9/ 0,16. Se observa una conjuntiva hiperémica con quemosis, y en la zona de la ampolla secreción purulenta, defecto conjuntival y exposición escleral con adelgazamiento de esta. Además, observamos edema corneal y Tyndall+++, sin hipopion ni vitritis. El fondo de ojo es normal. Se recogieron muestras para cultivo, se empezaron reforzados de vancomicina y ceftazidima cada hora, tropicamida cada 8h y linezolid 600mg oral. Al control a las 24h horas se observa vitritis anterior, por lo que se realizan intravítreas de vancomicina y cefatzidima. A la semana, ante la mejoría clínica del paciente y el resultado negativo del cultivo disminuimos la frecuencia del tratamiento antibiótico, paralelamente se empieza con colirio de membrana amniótica cada 4 horas debido a la zona de exposición escleral avascularizada de 14*7mm. En los diversos controles posteriores se observó una reepitelización paulatina de esta, consiguiéndolo completamente a los 5 meses.

Conclusión: El colirio de membrana amniótica es un tratamiento conocido sobre todo en casos de defectos epiteliales corneales recidivantes y casos de ojo seco severos, por ayudar en la regeneración de tejido y controlar la inflamación. En este caso clínico se utilizó en un defecto conjuntival con adelgazamiento escleral tras una blebitis, provocando la mejoría tanto clínica como fisiológica de nuestro paciente.

CPCC-101

DEPÓSITOS CORNEALES COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA GAMMAPATÍA MONOCLONAL DE SIGNIFICADO INCIERTO

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

Introducción: La gammapatía monoclonal de significado incierto (GMSI) es una causa rara de afectación corneal, ya que afecta a <1% de los casos. No obstante, los depósitos corneales pueden ser la primera manifestación en un paciente con GMSI, especialmente si se componen de cadenas IgG, y su presentación suele ser muy variable.

Caso Clínico: Mujer de 82 años derivada por la aparición de una opacidad corneal en su ojo izquierdo (OI) no descrita anteriormente. Como antecedentes oftalmológicos, había sido intervenida de cirugía de cataratas en ojo derecho (OD) mediante facoemulsificación e implante de lente intraocular monofocal. En cuanto a antecedentes patológicos, presenta hipertensión arterial, dislipemia y esteatosis hepática.

La paciente no refiere sintomatología ocular ni sistémica en los últimos meses. En la biomicroscopia del OI destaca una opacidad en anillo paracentral inferior y temporal y la presencia de una catarata corticonuclear 2+. La exploración del OD es anodina. La agudeza visual lejana sin corrección (números) es de 0.5 en OD y 0.3 en OI.

Se realiza un estudio sistémico con analítica. El proteinograma evidencia un aumento de proteínas totales con aumento de la IgG (16.88 g/L). La electroforesis en suero muestra una banda monoclonal (10 g/L) IgG de cadenas kappa, un aumento de las cadenas ligeras kappa libres (47.06 mg/L) y un cociente kappa/lambda alterado. El examen hematológico y bioquímico son normales. Ante esto, se hace interconsulta con hematología y se diagnostica de GMSI IgG kappa de riesgo intermedio-alto. Actualmente la opacidad corneal se mantiene estable y la paciente está pendiente de un aspirado medular óseo y de una serie ósea radiológica.

Conclusiones: Las gammapatías monoclonales se deben incluir en el diagnóstico diferencial de las opacidades corneales, incluso en ausencia de síntomas oculares y sistémicos, debido a su potencial de malignización y para poder realizar un correcto seguimiento y tratamiento de la enfermedad.

CPCC-102

QUERATOPATÍA CRISTALINA INFECCIOSA SOBRE UN TRASPLANTE CORNEAL

Armin Mobarak, Jorge Javier Gaitán Valdizán, Andrés Eduardo Vega Cruz, Peio Molinuevo Corera, Paula Patricia Rumoroso Sanz, Diego Vegas Tapia

Introducción: La queratopatía cristalina infecciosa es una queratitis infecciosa normalmente indolente caracterizada por infiltrados estromales blancos arboriformes con una inflamación mínima. La identificación de los patógenos causantes a menudo no es posible dado que los cultivos de raspados corneales suelen ser demasiado superficiales para llegar a los microorganismos causantes. No obstante, *Streptococcus viridans* es el patógeno más frecuente en esta entidad que se ha descrito clásicamente en pacientes con inmunosupresión tópica después de una queratoplastia penetrante y en pacientes tratados con agentes inmunosupresores.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 80 años con queratoplastia penetrante y glaucoma terminal y en tratamiento con dexametasona una vez y timolol 0.5% dos veces al día. En los últimos meses presentó descompensación corneal y ulceración epitelial paracentral tratados con moxifloxacino en colirio, pomada antiedema ambos 3 veces al día y colirios humectantes. Unas semanas después y pese a la buena evolución del episodio acudió a urgencias por ojo rojo y dolor. En la exploración se observó queratopatía cristalina paracentral en la zona de la descompensación corneal y leve inflamación en la cámara anterior. Teniendo en cuenta los antecedentes de la paciente y los resultados negativos del cultivo se decidió cubrir los patógenos gram positivo, negativo y los fúngicos con colirios reforzados de Vancomicina, Ceftazidima y Voriconazol. La evolución del caso fue lento pero satisfactorio.

Conclusión: El uso prolongado de corticoides tópicos en caso de pacientes con injertos corneales nos debe orientar hacia esta entidad aunque no encontremos el agente causal. El tratamiento conservador fue nuestra primera opción debido al mal pronóstico visual. En casos con mejores agudezas visuales podemos valorar intervenciones más invasivas como un nuevo trasplante corneal.

CPCC-103

ENDOTELITIS LINEAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN OCULAR HERPÉTICA GRAVE

Noelia Montaña Muñoz, Samira Ketabi Shadvar, Silvia Virseda Moreno, Marta Vela de la Torre, Marina Pardo de Andrade Pérez

Introducción: La endotelitis herpética es una afección del endotelio corneal que puede estar precedida por cualquier otra forma de queratitis por virus herpes simple. La endotelitis lineal es una forma de presentación muy inusual de esta patología. Se observa edema estromal asociado a una línea de precipitados retroqueráticos, similar a la línea de Khodhadoust descrita en los rechazos de injertos corneales.

Caso Clínico: Presentamos dos casos de endotelitis lineales. El primero, una primoinfección herpética en una mujer de 53 años que acude a urgencias por visión borrosa en ojo derecho, dolor y enrojecimiento ocular. En la exploración presenta una agudeza visual de 0.5 y tensión ocular normal. En la biomicroscopia óptica se observa una inyección ciliar, con Tyndall fino de unas 10-15 células por campo, asociado a precipitados retroqueráticos finos dispuestos en varias líneas horizontales paralelas en el endotelio y edema microquístico con bordes delimitados. La exploración del fondo de ojo fue normal sin signos de coriorretinitis. El segundo caso trata de un paciente de 52 años, diabético y en seguimiento en nuestro servicio por retinopatía diabética severa y hemovítreos de repetición. Acude a urgencias por disminución de agudeza visual por su ojo derecho y dolor ocular. En la exploración destaca una agudeza visual de 0.6. En su examen biomicroscópico destaca la aparición de precipitados retroqueráticos dispuestos en líneas horizontales paralelas a lo largo de todo el endotelio corneal y edema corneal asociado. La exploración del fondo de ojo y la tensión ocular fueron normales.

Conclusión: La endotelitis lineal herpética es una entidad poco frecuente que puede suponer una forma de afectación ocular grave. Pueden precisar tratamiento con antivirales sistémicos y corticoideo tanto tópico como sistémico por el potencial inflamatorio que supone. Mayormente, el diagnóstico es clínico, aunque también contamos con herramientas como cultivos y pruebas inmunológicas.

CPCC-104

«MINI-QUERATOPLASTIA» Y RECUBRIMIENTO CONJUNTIVAL PARA EL TRATAMIENTO DEL ADELGAZAMIENTO CORNEAL

Leire Olazarán Gamboa, Ana Jiménez Alonso, Nerea Gangoitia Gorrotxategi, Íñigo Salmerón Garmendia, Pablo González De Los Mártires, Andrés Garralda Luquin

Introducción: El adelgazamiento corneal severo es una emergencia oftalmológica que requiere tratamiento para reconstruir la integridad anatómica, preservar la visión y reducir el riesgo de complicaciones. La elección se basa en el tamaño y la ubicación del defecto, en la etiología y el estado inmunológico del paciente. La «mini-queratoplastia» (mini-KP) utiliza un injerto corneal de un diámetro de 2-5 mm, colocado fuera del eje visual. El objetivo es presentar un caso de adelgazamiento corneal y su manejo.

Caso clínico: Varón de 39 acude por dolor y ojo rojo izquierdo de 24 horas de evolución. Mejor agudeza visual corregida de 7/10. En biomicroscopía, absceso corneal periférico con edema y pliegues corneales, sin inflamación de cámara anterior ni hipopion. Lagoftalmos leve a cierre espontáneo. Se trata con vancomicina y ceftacidima reforzados con ciclopentolato. Presenta empeoramiento con adelgazamiento corneal. Previo al resultado del cultivo, se prueban diferentes tratamientos: corticoide tópico, tobramicina tópica, ciprofloxacino tópico, eritromicina tópica, suero autólogo, povidona iodada tópica, voriconazol tópico y oral. Se aísla *Streptococcus pneumoniae*, sensible a los diferentes fármacos. Ante la tórpida evolución, se realiza mini-KP tectónica con córnea donante de 4mm y recubrimiento conjuntival mediante colgajo pediculado pegado con Tysucol, con buena evolución postoperatoria. Se realiza tarsorrafia temporal para prevenir complicaciones.

Conclusiones: La mini-KP es una opción adecuada en caso de adelgazamiento corneal de pequeño tamaño que amenaza la integridad del globo ocular, especialmente en paciente joven con queratitis microbiana refractaria a tratamiento médico. Preserva el eje visual usando un pequeño injerto corneal excéntrico y restablece la integridad del globo ocular favoreciendo la cicatrización epitelial. La estabilidad tectónica inmediata mejora las condiciones para intervenciones quirúrgicas secundarias y electiva.

CPCC-105

EVOLUCIÓN DE UNA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CONJUNTIVAL, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Ana Prieto Aberasturi, Cristina Lillo Ferreira, Pilar Álvarez Fernández, Javier Benítez del Castillo

Introducción: La Neoplasia Intraepitelial Conjuntival (CIN) es de los tumores más frecuente de la superficie ocular, asociado al virus del papiloma humano, exposición solar, piel clara y edad avanzada. Desde el punto de vista anatomopatológico aparecen células atípicas en el espesor del epitelio conjuntival (displasia), con inicio en capas basales afectando a parte (leve, moderada y grave) ó a la totalidad del epitelio conjuntival (carcinoma in situ). A nivel macroscópico, son lesiones de tipo gelatinosas, que con frecuencia se sitúan en la hendidura interpalpebral, invadiendo limbo, con extensión corneal y de bordes mal definidos.

Caso clínico: Mujer de 60 años, que consulta por presentar lesión en conjuntiva bulbar temporal de 2 años de evolución, que ha aumentado de tamaño en los últimos meses. A la exploración se observa una lesión córneo-conjuntival en placa, irregular de aspecto leucoplásico, con vasos epiesclerales dilatados. Dada la alta sospecha de lesión CIN, se pauta Interferón alfa-2b tópico, 4 veces al día, para un máximo de 6 meses, mientras se programa cirugía. Durante este tiempo, la lesión redujo su tamaño 3 mm. Posteriormente, se realizó una exéresis de lesión córneo-conjuntival con márgenes de seguridad, previa desepitelización parcial corneal con alcohol 20% y plastia con membrana amniótica. Tratamiento postoperatorio tópico antibiótico-antiinflamatorio (combinación fija) y lubricación. Al mes se inicia ciclo con Mitomicina C tópica durante 2 meses. La anatomía patológica nos confirmó un CIN con displasia leve. Actualmente estable, sin datos de recidiva y únicamente en tratamiento con lubricación.

Conclusiones: La resección es el tratamiento de elección de lesiones sospechosas córneo-conjuntival, el estudio anatomopatológico el que nos confirma el diagnóstico, y es necesario el uso de terapias tópicas adyuvantes (Mitomicina C, 5-Fluorouracilo, Interferón alfa-2b), para reducir el tamaño de la lesión antes de la cirugía y evitar recidivas.

CPCC-106

USO DE 5 FLUOROURACILO EN COADYUVANCIA EN CARCINOMA ESCAMOSO CONJUNTIVAL

Laura Rodríguez Aguilar, Nuria Perales Casado, Lara Borrego Sanz, Rosalía Méndez Fernández, David Díaz Valle

Introducción: La neoplasia escamosa de superficie ocular constituye el tumor conjuntival maligno más frecuente de conjuntiva y córnea.

El tratamiento clásico se basaba en la resección simple con técnica de no contacto con márgenes amplios y crioterapia. Actualmente, la quimioterapia tópica conjuntival ya sea de forma primaria o como adyuvancia se está extendiendo en la práctica clínica.

Caso clínico: Paciente de 47 años acude a nuestras consultas de Superficie Ocular para valoración lesión conjuntival izquierda de 1 mes y medio de evolución. En la exploración se objetiva una lesión sobreelevada blanquecina de aspecto papilomatosa y lobulada en zona nasal de ojo izquierdo, así como un pterigión en temporal. Dada las características de la lesión sugestivas de neoplasia conjuntival y tras descartar extensión intraorbitaria se le propone exéresis de la misma para estudio anatomopatológico, y se inicia tratamiento con 5 fluorouracilo (5 FU) en ciclos de 28 días (7 días con el antimetabolito y 21 días de descanso). Tras 2 ciclos de tratamiento se realiza la extirpación de la lesión con crioterapia del lecho, autoinjerto conjuntival e injerto de membrana amniótica. El análisis anatomopatológico reveló carcinoma escamoso microinfiltrante bien diferenciado. El paciente completó 4 ciclos de 5 FU con buena adherencia y tolerancia al tratamiento, y actualmente se mantiene sin recidivas tras 1 año desde su extirpación.

Conclusiones: No existe un protocolo establecido sobre el uso de antimetabolitos tópicos (forma primaria o en adyuvancia), sobre el tipo de quimioterápico (5 FU, mitomicina C o interferón $\alpha 2\beta$), ni sobre el número de ciclos, pero a pesar de la diversidad de estrategias terapéuticas existentes todas ellas han demostrado eficacia.

En nuestro caso queremos resaltar el uso de 5-FU como adyuvancia en 4 ciclos de 28 días como un régimen seguro, con buena adherencia y eficaz.

CPCC-107

QUERATITIS FÚNGICA POR *T. DESTRUCTANS* TRATADA MEDIANTE QUERATOPLASTIA PENETRANTE

Isabel Romero Barranca, José Antonio Aguiar Caro, Ana Flores Cano, Álvaro Moreno Guerrero, Javier Avilés Prieto, Beatriz Mataix Albert

Introducción: La queratomycosis por *T. destructans* es una infección rara, de reciente aparición sin tratamiento estandarizado que puede estar asociada al uso de lentes de contacto.

Caso clínico: Mujer de 54 años, usuaria desde hace 6 meses de lentes de contacto blandas diarias, que consulta por absceso de ojo derecho de mal control. Se solicita cultivo. Se realiza IVCM urgente en OD y se observan abundantes hifas en toda la zona corneal de la lesión.

Se inicia tratamiento con Natamicina colirio 5% c/h durante 3 días y posteriormente pauta descendente, Clorhexidina colirio c/ 8 h, Netilmicina colirio c/8 h, Atropina colirio c/12 h, Voriconazol.

A las 4 semanas de la toma de muestra de raspado corneal, en el CNM se aisló hongo filamentosamente de características atípicas denominado *Tintelnotia destructans*. Pese al tratamiento instaurado, la paciente mantiene una evolución tórpida, apareciendo hipopion de 2 mm. Se realiza OCT de polo anterior donde se visualiza adelgazamiento corneal central con pequeña placa endotelial. Dada la evolución del cuadro, se decide realización de queratoplastia penetrante 'en caliente'. Se realiza trasplante de botón corneal 8-8.5. Sutura con nylon 10/0. Se instila voriconazol intracamerular e intraestromal según protocolo. Sin incidencias intraoperatorias.

Tras la realización del trasplante, la paciente comienza a evolucionar favorablemente, añadiendo al tratamiento ciclosporina colirio 2% cada 6 h y sustituyendo voriconazol oral por terbinafina 500 mg cada 12 h.

Exploración al mes de la cirugía AV 0.2 y QPP con botón transparente, algunos pliegues endoteliales, no signos de infección. Algunas sinequias posteriores inferiores.

Conclusión: Hay escasos casos publicados, sin tratamiento estandarizado, algunos de ellos de muy mala evolución, precisando queratoplastia penetrante. La IVCM es una herramienta útil para el diagnóstico precoz no invasivo de queratomycosis.

CPCC-108

MEMBRANA NEOVASCULAR COROIDEA. PRIMERA MANIFESTACIÓN EN UN CASO DE TOXOPLASMOSIS OCULAR

M.^a Muxima Patricia Acebes García, Cristina Camarillo Gómez, Nuria Valdés Sanz

Introducción: La toxoplasmosis es la causa más frecuente de uveítis posterior y forma parte del diagnóstico diferencial en paciente adultos jóvenes inmunocompetentes, con lesiones de retinitis asociadas o no, a una cicatriz corioretinana.

Caso clínico: Varón de 35 años que acude a la consulta por descenso de agudeza visual (AV) en su ojo derecho. A la exploración presenta una AV de 0,3 decimal, con un examen normal de polo anterior. En el fondo de ojo se aprecia una cicatriz corioretinana extensa, desde la arcada temporal superior hasta el margen foveal, con una pequeña lesión amarillenta, sobrelevada en su borde inferior, sin sangrado. En la tomografía óptica de coherencia (TOC) visualizamos leves puntos hiperreflectivos en la hialodes posterior, así como una zona de hiperreflectividad de capas externas adyacente al borde cicatricial, sin presencia de fluido intra (IRF) o subretiniano (FSR). Se solicita una analítica según el de protocolo uveitis con un resultado positivo para toxoplasmosis, por lo que se inicia tratamiento con pirimetamina/sulfadiacina y corticoides orales. A los 5 días del tratamiento, el paciente nota un empeoramiento de su AV y se observa en la OCT la presencia de FSR adyacente a la lesión, por lo que se decide, ante la sospecha de una membrana neovascular (MNV), poner una inyección intravitrea (IV) de bevacizumab. Al mes de la inyección la AV era de 0,8 y en la TOC objetivamos una resolución de la MNV.

Conclusiones: En un cuadro clínico compatible con toxoplasmosis, las MNC pueden simular una retinocorioiditis toxoplásmica activa, si coexisten con cicatrices corioretinanas y una inflamación escasa. Estas MNV pueden presentarse tan solo como un aumento de la hiperreflectividad retiniana sin que exista necesariamente FRS o FIR. El tratamiento de elección es la administración de IV de antiangiogénicos, aunque se recomienda el uso profiláctico de fármacos antitoxoplásmicos, para evitar la reactivación de las lesiones antiguas.

CPCC-109

FLEBITIS RETINIANA ASOCIADA A PSORIASIS HLA-B27+: A PROPÓSITO DE UN CASO

José Antonio Aragón Amador, María Mantrana

La uveítis es una complicación ocular seria que afecta al 7-20% de los pacientes con psoriasis, asociándose frecuentemente con la artritis psoriásica, especialmente en pacientes HLA-27+. La uveítis en la psoriasis tiende a ser anterior, bilateral, crónica y recalcitrante, requiriendo a menudo tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos. Comparada con la uveítis idiopática, los casos asociados a psoriasis tienen mayor probabilidad de compromiso ocular posterior. En la artritis psoriásica, la uveítis suele manifestarse alrededor de los 48 años, mientras que en los casos idiopáticos aparece entre los 30 y 40 años.

Una mujer de 40 años con antecedentes de artritis psoriásica HLA-B27+ consultó en urgencias por empeoramiento de la visión en el ojo izquierdo, en el examen inicial, se encontró Tyndall en cámara anterior, envainamiento perivascular periférico de 360° y flóculos vítreos, por lo que se inició tratamiento con colirio de prednisolona y deflazacort vía oral.

La angiografía fluoresceínica del ojo izquierdo mostró fuga de papila y periflebitis sin isquemia clara, además de focos de hiperfluorescencia progresiva. Después de un mes de tratamiento, mejoraron la vitritis y la reacción de la cámara anterior, aunque persistían trayectos cortos de periflebitis y vasos envainados. La papila estaba bien delimitada y con coloración normal. Se prescribió adalimumab como tratamiento de mantenimiento, añadido a la sulfasalazina que ya tomaba la paciente. A pesar de la mejora en los síntomas oculares y la conservación de la agudeza visual, persistieron secuelas de vasculitis retiniana.

Este caso destaca la importancia de considerar la vasculitis retiniana como una posible complicación en pacientes con artritis psoriásica. El tratamiento adecuado y oportuno es crucial para prevenir daños oculares irreversibles. La evaluación integral del paciente, incluyendo posibles comorbilidades y complicaciones sistémicas, es esencial para un manejo efectivo de la enfermedad.

CPCC-110

A PROPÓSITO DE UN CASO: HALLAZGOS EN LA OCT ESTRUCTURAL DE LA CORIORRETINITIS POR FUSARIUM

María Aramberrí Araiz, Sofía Uncetabarrenechea Larrucea, Estíbaliz Alcalde del Río, Lucía García Muñoz, Joseba Artaraz Beobide, Alex Fonollosa Calduch

Introducción: La coriorretinitis por el hongo del género *Fusarium* es una infección intraocular infrecuente, pero de carácter generalmente devastador para el ojo, por lo que un manejo adecuado y precoz es fundamental para intentar disminuir sus consecuencias. Presentamos un caso de coriorretinitis causado por este patógeno en el que la tomografía de coherencia óptica (OCT) fue utilizada para monitorizar la enfermedad y guiar el tratamiento.

Caso clínico: Un paciente varón de 34 años, diagnosticado 3 meses antes de leucemia linfoblástica aguda presentó una coriorretinitis multifocal bilateral causada por *Fusarium solani* en el contexto de la inducción quimioterápica para su enfermedad. En el momento del diagnóstico oftalmológico, presentaba ya una infección diseminada causada por este agente patógeno con afectación a nivel cutáneo, de la mucosa nasal y pulmonar. El paciente fue tratado con fármacos antifúngicos sistémicos (voriconazol y anfotericina B) y con 5 inyecciones intravítreas de voriconazol espaciadas en el tiempo de seguimiento de la infección. Como dato de interés, las lesiones inflamatorias coriorretinianas fueron monitorizadas mediante OCT estructural e imágenes multicolor, permitiéndonos evaluar las lesiones en distintos grados de evolución. Estos hallazgos no han sido descritos antes en la literatura.

Conclusiones: La OCT estructural permite monitorizar la evolución de las lesiones de coriorretinitis infecciosas y puede ayudar en la toma de decisiones terapéuticas.

CPCC-111

SÍNDROME DE VOGKT-KOYANAGI-HARADA COMO DEBUT GRAVE EN EL EMBARAZO

Coral Arriola Naharro, María Jerez Fidalgo, Belén García Remedio

Introducción: La enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) es una enfermedad sistémica autoinmune con afectación ocular, auditiva, cutánea y neurológica. A nivel oftalmológico, se caracteriza principalmente por una panuveítis granulomatosa bilateral. Se han descrito casos de debut en el embarazo, durante el cual las manifestaciones suelen ser leves, exacerbándose después del parto. Su diagnóstico y tratamiento suponen un reto.

Caso clínico: Se describe el caso de una mujer de 32 años, gestante de 34 semanas, y sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por disminución bilateral de la agudeza visual junto con tinnitus en el oído izquierdo, cefalea y vómitos. Su agudeza visual fue de cuenta dedos (CD) a 6 metros en el ojo derecho y de CD a 4 metros en el ojo izquierdo. El examen con lámpara de hendidura no mostró alteraciones en el segmento anterior. La presión intraocular fue de 16 mmHg en ambos ojos. El examen del fondo de ojo mostró múltiples desprendimientos serosos bilaterales con papilas de bordes netos. La prueba de tomografía por coherencia óptica confirmó la presencia de desprendimientos bacilares. No se realizó angiografía debido a la gestación. Dada la gravedad de la clínica visual y neurológica de la paciente junto con el avanzado estado madurativo del feto, se consensuó con los servicios de ginecología y medicina interna la realización de una cesárea de urgencia, sin complicaciones.

Conclusiones: Este caso supuso un debut grave de la enfermedad, a diferencia de lo comúnmente descrito. Debido a la presencia de pocos casos reportados de uveítis aguda de aparición inicial asociada con la enfermedad VKH que ocurrieron durante el embarazo, el curso natural de la enfermedad no está completamente dilucidado. El tratamiento también es controvertido por falta de un protocolo estandarizado y el temor a inducir complicaciones relacionadas con el embarazo. Es necesario un manejo multidisciplinar con el resto de servicios implicados.

CPCC-112

EDEMA DE PAPILA UNILATERAL COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE UN CASO DE VOGT-KOYANAGI-HARADA

Marcia Gabriela Cabrera Jara, Victoria Miralles Martínez, Raquel Berrio Campos, Manuel Redondo Martínez, Guillermo García Morales, Inmaculada Sellés Navarro

Introducción: A pesar de tener signos clínicos característicos, el Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) puede requerir seguimiento a largo plazo para su diagnóstico definitivo.

Caso clínico: Acude a urgencias una mujer de 30 años con sensación de visión borrosa en ojo izquierdo (OI), junto con cefalea leve y parestesias inespecíficas. No presenta factores de riesgo cardiovascular ni patología de interés. La mejor agudeza visual corregida es de la unidad en ambos ojos. No presenta discromatopsia y los reflejos pupilares son normales. La única alteración oftalmológica presente es una papila óptica con bordes borrados junto con alteración del brillo macular en OI. La exploración neurológica y las pruebas complementarias solicitadas no muestran alteraciones.

Tras una semana la paciente desarrolla bilateralmente edema papilar y macular, con pliegues retiniano-coroideos y desprendimientos neurosensoriales (DNS) tabicados. En la ecografía ocular se aprecia engrosamiento escleral. A pesar de que los DNS tabicados bilaterales junto con los pliegues coroideos son típicos del VKH, la ausencia de otros signos clínicos y angiográficos característicos nos lleva a realizar un diagnóstico diferencial con la escleritis posterior. La paciente es tratada con corticoides a altas dosis con posterior pauta descendente durante varios meses, apreciándose una mejoría parcial de las alteraciones. En el seguimiento desarrolla vitíligo y presenta una punción lumbar con pleocitosis a expensas de linfocitos. Estas alteraciones, junto con los DNS bilaterales, nos permiten diagnosticar un VKH completo.

Discusión y conclusión: El VKH es una patología que suele cursar de diferente manera en función de la fase en la que se presente. En la fase inicial su diagnóstico puede ser complejo si se presenta únicamente como afectación oftalmológica unilateral, siendo necesario realizar diagnóstico diferencial con otras patologías, como la escleritis posterior.

CPCC-113

VASCULITIS RETINIANA SECUNDARIA A TISLELIZUMAB

Nuria Cintas García, Estel·la Rojas Pineda, Anna Bruix Carretero, M.^a José Capella Elizalde

Los efectos adversos oftalmológicos relacionados con los inhibidores de chek-point ocurren en aproximadamente el 1% de los pacientes, siendo menos frecuentes en los inhibidores de PD-1. Pueden desarrollarse semanas o años después de su inicio y no parecen estar relacionados con la dosis.

Caso Clínico: Presentamos el caso de un hombre de 60 años en tratamiento con Tislelizumab por carcinoma esofágico remitido para evaluación oftalmológica. No había presentado pérdida de visión ni sintomatología ocular. La exploración del segmento anterior fue normal, pero la fundoscopia mostró pequeñas hemorragias intrarretinianas en la periferia temporal del ojo derecho. La angiografía fluoresceínica (AF) de campo amplio reveló flebitis de rama terciaria y fugas vasculares en la periferia temporal de ambos ojos, así como hiperfluorescencia del disco óptico. Se realizó estudio de biomarcadores autoinmunes y pruebas serológicas con resultados anodinos. Tras consultar con su oncólogo, se presumió que el Tislelizumab era la causa de la vasculitis. No obstante, se decidió no suspenderlo y se inició prednisona oral 60 mg/día, reduciendo gradualmente la dosis. Los signos de vasculitis se redujeron en el ojo derecho y desaparecieron en el izquierdo.

Cuatro meses después de suspender la prednisona, sufrió una recaída con pérdida de visión en ambos ojos. La AF mostró fuga del disco óptico, vasculitis difusa en el ojo derecho y vasculitis temporal localizada en el izquierdo. La OCT mostró líquido subretiniano central en ambos ojos. Por ello se reinició prednisona oral 60 mg/día y se añadió bromfenaco colirio, con mejoría tras tres meses. Desgraciadamente, poco después se perdió el seguimiento porque el paciente falleció debido a su enfermedad oncológica.

Conclusión: La vasculitis retiniana se ha descrito en asociación con los inhibidores de check-point ipilimumab, durvalumab y pembrolizumab. Según nuestro conocimiento, este es el primer caso de vasculitis retiniana asociada a tislelizumab.

CPCC-114

MEWDS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sergio del Valle Buzón, Esperanza Cosano Palma

Introducción: El Síndrome de Múltiples Puntos Blancos Evanescentes (MEWDS) es una enfermedad poco común frecuentemente asociada a infecciones virales previas. Se caracteriza por manchas blanco-amarillentas en el EPR o la retina profunda. Presenta disminución transitoria de la agudeza visual, escotomas y discromatopsia, habitualmente unilateral.

Caso clínico: Mujer de 45 años con antecedente de coroiditis punctata interna (PIC) y membrana neovascular (MNV) secundaria en ojo derecho (OD), que acude a urgencias por disminución de agudeza visual de OD tras cuadro febril. Su agudeza visual era contar dedos en OD y 0.8 en OI. La biomicroscopia anterior era normal en ambos ojos (AO). El fondo de ojo (FO) mostraba lesiones atróficas crónicas por PIC en AO. En el OD presentaba además múltiples puntos blancos de color blanco-amarillentos en región macular y en arcadas. La OCT del OD mostraba, junto con la atrofia central secundaria a las lesiones por PIC, varias zonas de disrupción del EPR y de los fotorreceptores correspondiendo con las lesiones blancas observadas en el FO. La autofluorescencia infra-roja (AF) mostraba punteado hipoautofluorescente correspondiendo a las lesiones descritas. La angiografía fluoresceínica (AFG) mostró hiperfluorescencia central macular encapsulada en MNV cicatricial, asociada a tinción peripapilar bilateral en tiempos tardíos. La paciente recibió 3 pulsos de 250 mg de metilprednisolona IV seguidos de una pauta descendente de deflazacort oral. Tras finalizar la pauta de tratamiento se produjo una regresión de las lesiones con recuperación del EPR y de los fotorreceptores en las imágenes de OCT.

Conclusión: Este caso retrata la relación entre los diferentes síndromes de puntos blancos ya que muestra como en una paciente con diagnóstico previo de PIC años antes, aparece en el contexto de un cuadro viral un MEWDS. Recientemente se ha señalado la relación entre los síndromes de puntos blancos (MEWDS, PIC, AZOOR) y otras enfermedades coroideas.

CPCC-115

EPITELIOPATÍA PIGMENTARIA PLACOIDE

Jihane Ezbakhe, Behidy Carmelita, Héctor Díaz, Samara Fariña Abdala, Magdalena Martínez Rubio

Introducción: El síndrome de puntos blancos engloba un grupo de uveítis posteriores de etiología desconocida, caracterizadas por lesiones bien circunscritas blanco-amarillentas en la retina externa y la coroides. Una de estas entidades es la epitelopatía pigmentaria placoide multifocal aguda (APMPPE).

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 27 años, sin antecedentes clínicos relevantes, que acude a urgencias con visión borrosa y fopsias en el ojo izquierdo desde hace cinco días, comenzando a presentar la misma sintomatología en el ojo derecho. En la fundoscopia se observan lesiones blanco-amarillentas con hiperreflectividad en la capa nuclear externa en la tomografía de coherencia óptica. Se plantea el diagnóstico diferencial entre diversas entidades del síndrome de puntos blancos. Las serologías realizadas descartan un origen infeccioso. La angiografía fluoresceínica confirma el diagnóstico de APMPPE. Se hace un seguimiento estrecho del paciente y se observa un curso autolimitado de la enfermedad en unas semanas.

Conclusión: La APMPPE es una patología aguda, bilateral y de curso autolimitado. Es crucial considerarla en pacientes jóvenes que presentan miodesopsias y fopsias, junto con hallazgos típicos en el fondo de ojo. Es fundamental distinguirla de otras entidades del síndrome de puntos blancos que sí requieren tratamiento.

El autor declara no tener ningún interés comercial ni financiero relacionado con este estudio.

CPCC-116

RETINOPATÍA EXTERNA SIFILÍTICA: REPORTE DE UN CASO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Luis Javier Fernández Alvarado, Mireia Molina Pérez, Claudia Rodríguez Blanco

Introducción: La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual producida por la espiroqueta *Treponema pallidum*. La retinopatía externa sifilítica (SOR) es una manifestación rara de sífilis ocular que se ha descrito en pacientes con sífilis secundaria. Se caracteriza por mínimos cambios fundoscópicos, con cambios patológicos a nivel de la retina externa y el EPR en la tomografía de coherencia óptica, hiperautofluorescencia moteada y datos electrofisiológicos de retinopatía.

Caso Clínico: Varón de 32 años que acudió a consulta por disminución de agudeza visual bilateral e hipoacusia de 4 meses de evolución.

En la exploración oftalmológica se objetivó una Mejor Agudeza Visual Corregida (MAVC) de 0.1 en el ojo derecho (OD) y de 0.8 en el ojo izquierdo (OI). La biomicroscopía de polo anterior y el fondo de ojo eran normales. La tomografía de coherencia óptica demostró alteración de la capa de fotorreceptores y del EPR y en la autofluorescencia, un patrón de hiperautofluorescencia moteado perifoveal.

La serología para sífilis confirmó el diagnóstico y se inició tratamiento con penicilina intravenosa logrando la remisión completa en un plazo de 2 meses.

Discusión: La coriorretinitis sifilítica se puede presentar como retinitis interna puntiforme o, menos frecuentemente, como retinitis externa que simula retinopatía aguda oculta externazonal progresiva (AZOOR). La positividad en las pruebas treponémicas junto a las técnicas de imagen constituyeron el elemento diagnóstico de retinopatía externa sifilítica (SOR).

Conclusión: La sífilis es una enfermedad con incidencia en aumento en países desarrollados que debe tenerse en cuenta ante mínimos indicios de inflamación ocular. Su presentación «similar a AZOOR» es muy rara. Debemos mantener siempre un alto índice de sospecha, ya que el diagnóstico y tratamiento tempranos son esenciales para un mejor pronóstico.

CPCC-117

ENDOFTALMITIS SECUNDARIA A QUERATITIS BACTERIANA RECURRENTE

Marina P. González de Frutos, Guadalupe Garrido Ceca, Sofía González Ballesteros, J. Jacobo González Guijarro

Introducción: Presentamos el caso de una posible queratitis bacteriana recurrente complicada con una endoftalmitis en la que se aisló *Staphylococcus Hominis* sensible a vancomicina.

Caso Clínico: Varón de 84 años, miope magno, con antecedentes de patología crónica de la superficie ocular, glaucoma avanzado y cirugía extracapsular en el ojo derecho (OD) en 1988. Es diagnosticado de un defecto epitelial periférico de 2 mm mínimamente infiltrado, acompañado de una masa endocapsular retroiridiana blanquecina, hipopion de 3 mm y panuveítis. Los cultivos del raspado corneal fueron negativos y se descartó una posible endoftalmitis endógena. Tras tratamiento con esteroides, antibióticos fortificados, intravítreos y reforzados, se observó una resolución completa del cuadro. 7 meses después, el paciente acudió con un episodio inflamatorio intraocular similar pero menos intenso, un defecto epitelial infiltrado localizado en la misma zona (cuyos cultivos permanecieron negativos). La biomicroscopia ultrasónica mostró una imagen ovalada de mayor tamaño, hiperecogénica en saco capsular. Se pautaron de nuevo esteroides, antibióticos fortificados y orales y se realizó una vitrectomía pars plana con extracción del vítreo denso, restos capsulares y dos masas blanquecinas, en las que se aisló *Staphylococcus hominis* sensible a vancomicina. 18 meses después, el paciente se encuentra estable sin nuevas recidivas.

Conclusiones: Aunque los estafilococos coagulasa negativos son un componente frecuente de la superficie ocular, es muy inusual que el *Staphylococcus hominis* sea el agente causal de inflamación intraocular. A pesar de que la evolución de las queratitis bacterianas a endoftalmitis es infrecuente, especialmente en las de pequeño tamaño; un tratamiento rápido y agresivo es importante para evitar esta complicación, fundamentalmente en pacientes con factores de riesgo de progresión como la patología crónica de la superficie ocular que padecía nuestro paciente.

CPCC-118

OFTALMÍA SIMPÁTICA SECUNDARIA A COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS 30 AÑOS DESPUÉS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Cristina Lillo Ferreira, Marta Gallego Amorós, Irene Temblador Barba, Alejo Rodríguez Suárez

Introducción: La oftalmía simpática (OS) consiste en una panuveítis granulomatosa no necrosante bilateral, que se desarrolla tras una cirugía o un traumatismo ocular. Se sucede de un período de latencia y posteriormente una uveítis en el ojo no lesionado. Los traumatismos oculares penetrantes con encarcelación de tejido uveal, son el desencadenante más frecuente, pero hay que destacar también la cirugía vitreo-retiniana. La enucleación a los 10-15 días tras el traumatismo se considera una técnica eficaz para prevenir la OS, sobre todo en ojos con un mal pronóstico visual. La evisceración se considera otra opción terapéutica siempre que se elimine todo el tejido uveal.

Caso clínico: Varón, con antecedente de traumatismo penetrante en ojo derecho (OD) en la infancia, se le realizó evisceración de dicho ojo a los 11 años y a los 43 años, comenzó con una uveítis anterior aguda granulomatosa en el ojo adelfo que acabó progresando a una panuveítis, debido a una vitritis intensa; destacó también una hipertensión ocular en tratamiento con varios antihipertensivos. Se realizó estudio de uveítis, en el cual todos los resultados fueron negativos. A pesar de un año con corticoides e inmunosupresores, los cuadros de uveítis no remitieron. Debido a los antecedentes traumáticos, se sospechó una OS y la posibilidad de restos de úvea en OD. Se realizó una enucleación, y se mandó muestras a anatomía patológica que nos confirmó restos de tejido uveal y cuadro compatible con OS. Posteriormente, el paciente no volvió a tener más cuadros de uveítis. Actualmente, el paciente está controlado, con diagnóstico de glaucoma primario de ángulo abierto.

Conclusiones: Conviene destacar que, actualmente se aconseja la técnica de enucleación en los primeros 10-14 días siguientes al traumatismo para evitar la gravedad de esta patología. Es posible la evisceración, pero siempre que se realice una buena técnica quirúrgica eliminando todo resto de tejido uveal, para evitar consecuencias posteriores.

CPCC-119

ANGEÍTIS EN ESCARCHA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Vanesa Mittendrein, Inma Lozano Escobar, Victoria Padeira Irazo, Vicente Miralles Pechuán, Jesús Zarallo Gallardo, Rosario Cobo Soriano

Introducción: La angeítis en escarcha es una enfermedad inflamatoria que afecta a los vasos retinianos. La causa es desconocida pero se cree que es una enfermedad autoinmune que afecta normalmente a personas jóvenes.

Caso clínico: Presentamos un caso de angeítis en escarcha en un paciente varón de veinte años que acudió a urgencias con visión borrosa en su ojo izquierdo. Como antecedentes personales presentaba HLA-B27+ y su madre tenía espondilitis anquilosante. A la exploración presentó uveítis anterior y en el fondo de ojo vasculitis retiniana y edema de papila. La OCT mostró edema peripapilar y en las capas internas de la retina. Se realizó una AFG que mostró periflebitis no oclusiva sin zonas de isquemia ni neovascularización. Se decidió ingresar al paciente y se inició tratamiento con corticoides intravenosos, aciclovir, azitromicina y ceftriaxona, obteniéndose una rápida respuesta con mejoría de la agudeza visual y de los hallazgos exploratorios a las 48 horas. Se realizó una extracción de humor acuoso para PCR y serologías sin hallazgos significativos. Posteriormente, se obtuvo un resultado positivo para Chlamydia trachomatis en un exudado uretral que se realizó por clínica miccional. A los diez días comenzó a afectarse el ojo adelfo por lo que aumentamos la dosis del tratamiento corticoideo y se realizó una nueva serología para HSV1 y 2 que en este caso fue positiva.

Conclusión: Este nuevo hallazgo nos obligó a plantear el diagnóstico diferencial entre vasculitis por infección herpética y vasculitis autoinmune reactiva a varias infecciones. Es probable que en un contexto de exposición a varias infecciones (Chlamydia + VHS como otra coexposición infescciosa / ETS) se haya desarrollado la afectación ocular en un paciente con genética predisponente (HLA B27+, ANA 1/320 y AF EA). Existen pocas publicaciones de angeítis en escarcha por lo que se trata de un caso de mucho interés por la baja frecuencia del mismo y la evolución clínica atípica.

CPCC-120

RETINOPATÍA PURTSCHER-LIKE BILATERAL EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO: REPORTE DE UN CASO

Sergi Morera Cerdán, Pere García Bru, Olga García García, Aitana Gil Domínguez

Introducción: La retinopatía de Purtscher-like es una enfermedad ocular poco común que se manifiesta con pérdida brusca de la agudeza visual, asociada con una patología sistémica, mayoritariamente inflamatoria, como es el caso de la enfermedad de Still del adulto.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 66 años que ingresa en el servicio de Medicina Interna por un cuadro de exantema, fiebre y artralgias. Durante su ingreso, la paciente presenta cuadro de pérdida de agudeza visual progresiva en ambos ojos. A la valoración oftalmológica, se observan exudados algodonosos peripapilares asociados a hemorragias y zonas de isquemia retiniana respetando los vasos, correspondientes a Purtscher-flecken.

Conclusiones: Se trata de un caso de retinopatía de Purtscher-like bilateral en contexto de una enfermedad inflamatoria sistémica, concretamente, la enfermedad de Still del adulto.

CPCC-121

CORIORRETINITIS PLACOIDE POSTERIOR AGUDA SIFILÍTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Antonio Manuel Moruno Rodríguez, Sergio del Valle Buzón, Beatriz Lechón Caballero, Carolina Franco Ruedas

Introducción: La coriorretinitis placoide posterior aguda sifilítica (ASPPC) está caracterizada por la presencia de lesiones placoides amarillentas en la retina externa, localizadas en el polo posterior y la media periferia. Puede manifestarse de forma unilateral o bilateral, conlleva una variabilidad considerable en la agudeza visual al momento de la presentación.

Caso Clínico: El caso clínico describe a un varón hispánico de 37 años que acude a urgencias de oftalmología con dolor ocular y disminución de la agudeza visual en el ojo derecho de una semana de evolución. Sus antecedentes personales incluyen sífilis latente tardía diagnosticada en 2021 y dos reinfecciones posteriores tratadas con penicilina, así como una infección por clamidia en enero de 2024 tratada con doxiciclina. La exploración revela hiperemia papilar y lesiones placoides amarillentas en el fondo de ojo, junto con desestructuración de las capas externas de la retina en la tomografía de coherencia óptica (OCT) macular.

El estudio serológico confirma una nueva reinfección de sífilis con afectación ocular. A pesar del tratamiento inicial con ceftriaxona y trimetoprim-sulfametoxazol, la mejoría visual es limitada. Se decide un segundo ciclo de tratamiento endovenoso con penicilina y deflazacort, seguido de tratamiento intravítreo con faricimab y ceftriaxona. Finalmente se observa una mejoría en la agudeza visual, aunque persisten algunas lesiones crónicas en el fondo de ojo y en la OCT.

Conclusiones: Este caso ilustra la complejidad en el manejo de la coriorretinitis placoide posterior aguda sifilítica, especialmente en pacientes con reactivaciones frecuentes a pesar del tratamiento adecuado con penicilina. La terapia combinada, incluyendo tratamientos sistémicos y locales, puede ser necesaria para lograr una mejoría visual significativa y controlar las complicaciones oculares asociadas con esta enfermedad.

CPCC-122

DESAFÍOS EN EL DIAGNÓSTICO DE UNA EXCAVACIÓN FOCAL COROIDEA RELACIONADA CON UVEÍTIS POSTERIOR

Carla M.^a Rodríguez Fernández, Elena M.^a Gámez Jiménez, Adriana González Acosta

Introducción: La Excavación Focal Coroidea (EFC) se define como un área de concavidad en la coroides detectada mediante tomografía de coherencia óptica (OCT). La mayoría se presentan en la región macular, sin estafiloma posterior o ectasia escleral asociada. Inicialmente considerada una anomalía congénita, ha sido asociada con otras patologías coroideas e inflamatorias del segmento posterior.

Caso Clínico: Paciente de 11 años, en estudio de uveítis posterior bilateral derivada a nuestro centro para seguimiento en Oftalmología y Reumatología, inicia tratamiento semanal con adalimumab y metotrexate. En revisión se observa en fondo de ojo izquierdo lesión retiniana bien delimitada de color grisáceo en arcada temporal superior y lesión amarillenta sobreelevada adyacente. En OCT se observó EFC con espacio hiporreflectivo entre la capa de fotorreceptores y epitelio pigmentario. Ante la sospecha de tuberculoma coroideo y viraje positivo de IGRA se realizó estudio de imagen multimodal. La Angio-OCT (OCTA) evidenció una EFC bien delimitada y membrana neovascular coroidea tipo 1 asociada que descartó tuberculoma. En autofluorescencia se observó una lesión hiperautofluorescente junto a otra lesión bien delineada similar. La angiografía fluoresceínica (AGF) mostró lesión definida hipofluorescente junto a lesión de menor tamaño con hiperfluorescencia inicial, aumento de fluorescencia y difusión en tiempos tardíos. En sucesivas revisiones la lesión se ha mantenido estable sin signos de actividad.

Conclusiones:

- El diagnóstico y caracterización de la EFC se basa en el estudio por imagen de OCT.
- Es clave complementar los hallazgos de OCT con otras técnicas de imagen como OCTA y AFG, dada su asociación con las enfermedades paquicoroideas, neovascularización coroidea y patología inflamatoria.
- Es esencial la investigación sobre los mecanismos patogénicos de la EFC y su relación con procesos inflamatorios para desarrollar estrategias preventivas y terapéuticas más efectivas.

CPCC-123

MANIFESTACIÓN OCULAR EN UN CASO DE PANARTERITIS NODOSA

Magdalena Sotomayor Toribio, Mateo Villalba Conde, Miguel Ángel de Torres Jiménez, Alejo Honesto Rodríguez Suárez

Introducción: La poliarteritis nudosa (PAN) es una vasculitis sistémica que afecta a arterias de mediano y pequeño calibre. Es una enfermedad y afecta más comúnmente a riñones, piel, músculos, nervios periféricos y tracto digestivo. La afectación ocular ocurre es de un 10-20%, afectando a las arterias coroideas. Otras manifestaciones oculares son atrofia óptica bilateral, coroiditis difusa, embolismo de la arteria central de la retina, uveítis no granulomatosa, queratitis ulcerativa periférica, y escleritis necrosante.

Caso clínico: Varón de 59 años que acude a urgencias por descenso agudeza visual (AV) en ambos ojos. A la exploración presenta AV en ojo derecho de 0,2 y en ojo izquierdo de 0,7 presión intraocular de 17 y 15 mmHg y en el fondo de ojo, exudados y hemorragias en polo posterior y fuera de arcadas, así como edema de polo posterior. La OCT muestra desprendimientos neurosensoriales tabicados, con engrosamiento en haz papilo-macular y edema retiniano en polo posterior. Haciendo anamnesis refiere la aparición de estos síntomas en el último mes: pérdida de 7 kg con hiporexia, astenia, nicturia, febrícula, tinnitus, hipersensibilidad en cuero cabelludo, artralgias, cuadro de epididimitis y dolor testicular; analítica reciente con anemia ferropénica y aumento de LDH y VSG. Ante la sospecha clínica de enfermedad sistémica vs VKH, se decide ingreso en Medicina Interna. La presencia de un síndrome constitucional con pérdida de peso, polineuritis y pruebas de imagen con posibles infartos renales lleva a la sospecha diagnóstica de PAN y se inicia tratamiento con bolos de corticoides y ciclofosfamida, produciéndose una recuperación anatómica y funcional a nivel ocular.

Discusión y conclusiones: La PAN produce manifestaciones oculares en un 10-20% de los casos, y puede ser la primera manifestación. Son de importancia una anamnesis y exploración completas que permitan un diagnóstico precoz de la enfermedad y una instauración temprana del tratamiento.

CPCC-124

DESPRENDIMIENTO NEUROSENSORIAL EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO CON ALECTINIB (INHIBIDOR DE ALK/RET). UN EFECTO ADVERSO DESCONOCIDO

Ekaterina Teslenko Vylegzhanin, Sara Valdés Álvarez, Carmen Burgueño Montañés

Introducción: Los inhibidores de puntos de control inmunológico y las terapias dirigidas se utilizan cada vez más para el tratamiento de neoplasias malignas metastásicas. Estas terapias funcionan aumentando la actividad del sistema inmunológico contra las células tumorales, sin embargo, eso puede producir efectos secundarios inflamatorios no deseados, conocidos como los efectos adversos inmunomediados (IRAE). Los IRAE pueden incluir manifestaciones oftalmológicas como la uveítis, que puede variar entre la anterior, intermedia, posterior y panuveítis.

Caso clínico: Paciente mujer de 75 años con adenocarcinoma pulmonar metastásico a tratamiento con Alectinib que refiere visión borrosa en ojo izquierdo (OI) de aparición brusca tras inicio del fármaco. A la exploración oftalmológica presenta visión de 0,9 en ojo derecho (OD) y 0,05 en OI. Fondo de ojo (FO) en OI se aprecia una gran bulla central. Resto de exploración dentro de la normalidad. En la tomografía de coherencia óptica (OCT) del OI se ve un gran desprendimiento neurosensorial (DNS) de 737 mm que engloba mácula. Se diagnostica de edema macular secundario a la toma de Alectinib dada la relación temporal con el fármaco, se suspende el tratamiento durante un mes y se aumenta la dosis de corticoide de acuerdo con oncología médica.

Un mes después presenta AV OI 0,5 y disminución del DNS a 224mm, por lo que se vuelve a instaurar el Alectinib a dosis más bajas. Se consigue la resolución completa del DNS a los 2 meses.

Conclusiones: El Alectinib es un inhibidor selectivo de receptores de tirosina quinasa ALK y RET que se utiliza en cáncer de pulmón de células no pequeñas. No hemos encontrado nada en la literatura que describa efectos secundarios del espectro de uveítis relacionados con el fármaco, por lo que consideramos que es importante presentar el caso ya que este tipo de terapias se están utilizando cada vez más.

CPCC-125

RESPUESTA DEL HEMANGIOMA CAPILAR RETINIANO EN PACIENTE SIN ENFERMEDAD DE VON HIPPEL LINDAU AL TRATAMIENTO CON BROLUCIZUMAB. A PROPÓSITO DE UN CASO

Paula Alonso González, Hugo Tapia Quijada, Sara Rodríguez Marrero, Ana Heredia Frías, Luis Reyes Gallardo, David López Delgado

Introducción: El hemangioma capilar retiniano es una neoplasia vascular benigna de los capilares de la retina característica de la enfermedad de Von Hippel Lindau, aunque puede aparecer de forma aislada.

Es un tumor bien delimitado de la retina periférica o área yuxtapapilar con importante repercusión visual por desarrollo de exudación, edema macular, hemorragia y hasta desprendimiento de retina y atrofia del globo ocular durante su curso.

Entre los tratamientos propuestos se encuentran los agentes anti-VEGF intravítreos. Sin embargo, su efecto ha sido limitado, con necesidad de múltiples inyecciones para obtener respuesta. El Brolucizumab es un fármaco anti-VEGF de reciente comercialización con potente efecto terapéutico y duración prolongada que podría tener resultados favorables en estos tumores.

Caso Clínico: Paciente varón de 54 años con pérdida de AV progresiva en ojo derecho de meses de evolución. A la exploración se objetiva una AVcc de 0.3 en ojo derecho y 0.9 en ojo izquierdo.

En fondo de ojo se observa congestión peripapilar y exudados adyacentes. En la OCT macular se objetivan focos hiperreflectivos compatibles con exudados duros y fluido subretiniano y en la angiografía una hiperfluorescencia precoz y fuga tardía en área yuxtapapilar, compatible con hemangioma capilar retiniano. Se realiza estudio genético que descarta VHL.

Se inicia tratamiento con Aflibercept intravítreo con mejoría inicial, pero con gran empeoramiento posterior, lo que obliga a acortar el intervalo. Debido a la ausencia de respuesta se inicia pauta de Brolucizumab intravítreo, objetivando remisión completa del fluido subretiniano tras dos dosis.

Conclusión: El hemangioma capilar retiniano es un tumor vascular benigno capaz de generar importante morbilidad visual. La terapia con Brolucizumab es capaz de controlar de forma significativa los fenómenos exudativos, por lo que es posible su consideración como uno de los pilares de tratamiento para mejorar el pronóstico visual.

CPCC-126

DESPRENDIMIENTO SEROSO DE RETINA UNILATERAL EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO CON NIVOLUMAB. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Ana Sofía Argüelles, Ane Galarza López, Nerea Gangoitia Gorrotxategi, Íñigo Salmerón Garmendia, Ana Jiménez Alonso, Leire Olazarán Gamboa

Introducción: Se presenta el caso clínico de un paciente que al ser tratado con Nivolumab presentó un desprendimiento seroso de retina unilateral. Se han utilizado los datos recogidos de la historia clínica y las imágenes de Tomografía de Coherencia Óptica (OCT), Angiografía con fluoresceína (AGF) y con verde de indocianina (AVI) realizadas al paciente.

Caso clínico: Varón de 72 años con antecedente de adenocarcinoma renal diseminado, presenta disminución de agudeza visual (AV) en su ojo derecho (OD) de 2 semanas de evolución, coincidiendo con el inicio del tratamiento con Nivolumab. En la exploración, la mejor agudeza visual corregida (MAVC) en su OD es de 0.2 y en su ojo izquierdo (OI) es de 0.05 (presentaba un agujero macular (AM) diagnosticado previamente). En polo anterior presentaba catarata nuclear N1 en ambos ojos. En el Fondo de ojo (FO) del OD se apreciaba una lesión de aspecto viteliforme en mácula, y del OI un AM ya conocido. Se le realizó una OCT, que muestra en el OD el desprendimiento seroso central, con puntos de fuga en la AGF sin alteraciones en la AVI. Ante estos hallazgos se asumió que el tratamiento iniciado podría ser el responsable, y se decidió suspenderlo. A los 3 meses el paciente presentaba una mejoría de la MAVC de 0.4 y disminución del fluido subretiniano en la OCT.

Conclusiones: El Nivolumab está compuesto por anticuerpos que se unen a la proteína PD-1 y bloquean su interacción con PD-L1 y PD-L2, potenciando la acción de los linfocitos T sobre las células tumorales, pero también sobre otras células que expresan estas proteínas como el epitelio pigmentario de la retina alterando su funcionamiento y provocando un desprendimiento neurosensorial. Es un diagnóstico diferencial a tener en cuenta ante un paciente oncológico con disminución de AV, ya que se debe suspender el fármaco y valorar la administración de corticoides orales y/o intravítreos.

CPCC-127

MIELOMA MÚLTIPLE DE BENCE JONES CON AFECTACIÓN ORBITARIA BILATERAL Y COMPROMISO RETINIANO

Irene Aroca Serrano, Jorge Pastor Landáburu, Ruth Pérez Fernández, Manuel Martínez Aznar, Esther Cerdán Hernández, Fernando Beteré Rodrigo

Introducción: El mieloma múltiple de Bence Jones es una patología de células plasmáticas monoclonales de evolución rápida y agresiva que cursa con insuficiencia renal y lesiones osteolíticas, siendo la afectación ocular infrecuente, la cual incluye ptosis, desplazamiento del globo ocular, alteración de movimientos oculares y pérdida de agudeza visual (AV).

Caso clínico: Mujer de 82 años diagnosticada de Mieloma Múltiple de Bence Jones refiere pérdida de AV no dolorosa en ojo derecho (OD). Presenta una AV en OD de 0.2 y 0.7 en ojo izquierdo (OI), además de ptosis y limitación a la supravisión de OD. En la biomicroscopía no se aprecian masas.

En el fondo de ojo se observa indentación escleral con afectación retiniana en cuadrante temporal superior de OD, asociada a exudados blandos y pliegues coroideos en dicha región.

En la resonancia magnética (RM) se observan masas en región fronto-orbitaria bilateral, en OD de unos 24x24mm, que infiltra la grasa y musculatura e impronta sobre el globo ocular. La lesión en OI es de 20mm, sobrepasa reborde orbitario y rompe cortical de hueso frontal.

Se comienza quimioterapia y radioterapia junto con hematología.

Conclusiones: La afectación retiniana más frecuentemente descrita en casos de Mieloma múltiple según la bibliografía existente son los exudados blandos retinianos en región temporal superior debido a la infiltración por parte de células plasmáticas tumorales y el aumento en la viscosidad sanguínea retiniana. La paciente no presenta desprendimiento macular exudativo ni focos hemorrágicos, que han sido descritos en otros casos.

Aunque en la mayoría de los pacientes el compromiso orbitario es unilateral extraconal, la paciente presenta masas orbitarias bilaterales asimétricas. El hallazgo más común en las RM es la infiltración local ósea.

Ante sospecha de afectación orbitaria por mieloma múltiple es necesario realizar estudios de imagen y tratamiento sistémico de forma multidisciplinar con el servicio de hematología.

CPCC-128

SÍNDROME DE MÚLTIPLES PUNTOS BLANCOS EVANESCENTES A PROPÓSITO DE UN CASO

Nora Besteiro Suárez, M.^a Ángeles Ibáñez Ruiz, Marta García Díaz, Mónica Nathalia Tarazona Daza, Alfonso Rubio Reina, Sergio Pérez de Paz

Introducción: El síndrome de múltiples puntos blancos evanescentes es una entidad de etiología desconocida que afecta sobre todo a adultos jóvenes, con un claro predominio por el sexo femenino.

Por lo general, suele ser unilateral, aunque hay casos en los que puede ser bilateral y asimétrica. La clínica más habitual es un cuadro agudo con disminución de la agudeza visual y el pronóstico es favorable. La recuperación visual generalmente se produce al cabo de varios meses.

Caso clínico: Mujer de 26 años con antecedentes personales de migrañas con aura. Suele sufrir un episodio al mes, sin tratamiento preventivo. No refiere otros antecedentes personales.

La paciente acude al SUH por cefalea persistente de una semana de evolución y disminución de la agudeza visual del ojo derecho asociado a fotopsias.

A la exploración la AV del OD es 0.8 que no mejora con estenopeico. La AV del ojo izquierdo es la 1.

Al explorar el fondo de ojo del OD se aprecian múltiples lesiones puntiformes de aspecto blanquecino, de unas 125 micras de diámetro. Estos puntos se localizan en el polo posterior, por dentro y alrededor de las arcadas vasculares, sin embargo no se aprecian en retina periférica. También presenta papilitis. No hay signos de vitritis, ni otros signos de inflamación.

El resto de exploración oftalmológica y sistémica es normal.

Pedimos una analítica para descartar otras patologías cuyos resultados son normales. Le realizamos el resto de pruebas diagnósticas incluida la AFG.

Sospechamos por tanto un Síndrome de Múltiples Puntos Blancos Evanescientes, por lo que decidimos realizar revisiones periódicas. Tras un mes del episodio agudo, la paciente recupera su agudeza visual completa.

Conclusiones: El Síndrome de múltiples puntos blancos evanescentes es una patología poco frecuente, infradiagnosticada y de buen pronóstico. El diagnóstico puede llegar a ser difícil y es de exclusión por lo que es importante realizar un buen diagnóstico diferencial.

CPCC-129

INFILTRACIÓN CORIORETINIANA EN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE GAMMAPATIA MONOCLONAL IG GLAMBDA

Alejandro Bonmati Echevarría, M.^a Victoria Pérez García

La enfermedad por depósito de cadenas ligeras inmunoglobulinas monoclonales idiopática (LCDD) es una afección rara y afecta principalmente a los riñones. La afectación retiniana es poco común y no está bien documentada, necesitando de distintas técnicas de imagen para su diagnóstico.

Paciente de 63 años diagnosticado de Gammapatía monoclonal Ig G Lambda por Hematología que acude a urgencias oftalmológicas con disminución de agudeza visual en OI desde hace 1 semana.

A la exploración la AV es de 2/3 en ambos ojos que no mejora con estenopeico. A la realización del fondo de ojo (FO) se aprecian en ambos ojos (AO) múltiples lesiones blanquecinas distribuidas principalmente en polo posterior, siendo el resto de la exploración normal. El paciente fue derivado a consultas para su valoración.

La exploración del polo anterior mediante lámpara de hendidura fue normal, y no hubo cambios en el FO en comparación con lo observado en urgencias. El paciente fue estudiado mediante retinografía, angiografía fluoresceínica (FA), autofluorescencia de fondo (FAF), tomografía de coherencia óptica (OCT) y OCTA.

En la retinografía de AO se observaron lesiones nodulares grisáceo-amarillentas subretinianas similares a drusas, distribuidas principalmente en el polo posterior. En la FAF se comportaron como lesiones híper autofluorescentes. La FA mostró lesiones híper e hípo fluorescentes. En la OCT se visualizó un engrosamiento irregular del EPR, depósitos subretinianos y dilatación de los vasos coroideos. La OCTA descartó la presencia de complicaciones asociadas como membranas neovasculares coroideas.

Los depósitos globulares subretinales generalizados sobre un complejo engrosado de epitelio pigmentario de la retina-membrana de Bruch que se observaron en nuestro paciente podrían representar depósitos de LCDD de cadenas kappa-lambda monoclonales en exceso, similares a los agregados extracelulares no amiloides que se superponen a la membrana basal del glomérulo.

CPCC-130

DESPRENDIMIENTO DE RETINA EXUDATIVO EN PACIENTE CON PREECLAMPSIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

María Calatayud Riera, Rachid Bouchikh El Jarroudi, Sandra Banderas García, Sofía del Pozo
Lérida

Introducción: La preeclampsia (PE) se define como hipertensión arterial (HTA) de nueva aparición acompañada de proteinuria y/o signos o síntomas de afectación a órgano diana a partir de la 20 semana gestacional (SG). La afectación visual es criterio de PE grave.

Caso clínico: Presentamos una gestante de 25 años, sin antecedentes patológicos y con ambliopía del ojo derecho (OD), que a las 33 SG se detectó HTA con despistaje de PE positivo. A las 34 SG inició clínica de escotoma bilateral.

En el examen oftalmológico, la agudeza visual mejor corregida era 20/100 en OD y 20/20 en ojo izquierdo. Sin alteraciones en polo anterior, en el fondo de ojo (FO) se observaba un desprendimiento de retina exudativo (DRE) y alteración del epitelio pigmentario de la retina (EPR). Los hallazgos de la tomografía de coherencia óptica corroboraron la exploración.

Conclusiones: En los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) se puede producir una coroidopatía debida a la vasoconstricción y necrosis fibrinoide de los vasos coroides, que induce el DRE. Es habitual en estos casos observar en el FO espasmos arteriales que pueden asociar hemorragias coroides, subretinales o vítreas. Los cambios en el EPR en forma de parches amarillentos pueden estar presentes traduciendo necrosis del EPR y de las capas externas retinianas. En las pacientes con PE y DRE está indicada la cesárea urgente por el riesgo de afectación materna y/o fetal.

Destacamos la importancia del caso por ser el DRE una complicación infrecuente en los THE, siendo imprescindible el correcto manejo de la patología basal ya que el DRE suele resolverse en el postparto con la normalización de la tensión arterial.

CPCC-131

DE LA VISIÓN BORROSA A LA LEUCEMIA AGUDA: CASO DE OCLUSIÓN VENOSA RETINIANA EN PACIENTE JOVEN

Cristina Calvo Simón, Eva Josefina Núñez Moscarda, Carla Sánchez Remacha, Luca Bueno Borghi, Marta Suñer Martínez, Concepción Cabello Miguel

Introducción: Se presenta un caso de una paciente joven con oclusión de la vena central de la retina (OVCR), como primera manifestación clínica de una leucemia aguda. Este caso destaca la importancia de realizar un estudio de patología sistémica.

Caso Clínico: Mujer de 40 años que acude a urgencias por disminución de agudeza visual en su ojo derecho. La agudeza visual era de 4/10 en el ojo derecho y de 10/10 en el ojo izquierdo. La funduscopia del ojo derecho reveló papiledema, hemorragias en llama en los cuatro cuadrantes, exudados algodonosos y tortuosidad vascular. El fondo de ojo del ojo izquierdo se vieron hemorragias puntiformes en la retina superior y tortuosidad vascular.

En la OCT se observó un importante edema macular en el ojo derecho.

Dada la edad de la paciente y la ausencia de factores de riesgo cardiovascular conocidos, siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Retina y Vítreo (SERV) se le realizó un hemograma completo para intentar encontrar la etiología del cuadro, que incluía un perfil de anticuerpos antifosfolípidos, antitrombina III y factor V de Leiden, entre otros.

La paciente fue diagnosticada de una OVCR en el ojo derecho y se programó una inyección intravítrea de Ozurdex® para tratar el edema macular.

La analítica reveló una hemoglobina d 5,3g/dL, 135.000/mm³ leucocitos y 104.000/mm³ plaquetas. Se realizó una extensión de sangre periférica, diagnosticando a la paciente de una leucemia aguda. Este hallazgo, condujo al ingreso de la paciente en una unidad de aislamiento y el inicio inmediato del tratamiento de la patología hematológica.

Conclusión: Este caso subraya la importancia de una evaluación hematológica exhaustiva en pacientes jóvenes que presentan oclusión de la vena retiniana. La leucemia aguda, aunque rara, puede presentarse inicialmente con manifestaciones oftalmológicas. El diagnóstico y tratamiento temprano pueden mejorar significativamente la evolución del paciente.

CPCC-132

LO QUE LA HEMORRAGIA MACULAR ESCONDE

Cristina Camarillo Gómez, M.^a Muxima Patricia Acebes García, Alicia Garde González

Introducción: Actualmente el Síndrome de Terson, se considera a la presencia de hemorragias oculares (vítreas, subhialoidea, subretiniana o intrarretiniana) asociadas a una hemorragia subaracnoidea (HSA), intracerebral o por traumatismo cerebral.

Caso clínico: Mujer de 21 años que acude a consulta por visión borrosa y dolor de cabeza. A la exploración se aprecia una agudeza visual (AV) de 0,05 decimal, un examen de polo anterior normal y una hemorragia macular (HM) en el fondo de ojo. En la tomografía óptica de coherencia (TOC) se localiza la hemorragia a nivel subhialodeo. Se descartan traumatismos o ejercicios físicos previos y se solicita una analítica para descartar factores de riesgo vascular y coagulopatías, así como un estudio de imagen cerebral. En el resultado de la angioresonancia cerebral, se informa de la presencia de un aneurisma en el segmento C7 (entre la arteria comunicante posterior y la bifurcación de la arteria carótida interna). La paciente refiere un aumento del dolor de cabeza por lo que remite de forma urgente a Neurocirugía y se decide una actitud conservadora en el tratamiento de la hemorragia macular. A los 3 meses, la HM se ha resuelto y la AV es de 0,7 decimal, aunque se aprecia una membrana epiretiniana (MER) en la TOC.

Conclusiones: En un paciente con una hemorragia macular, sin otros factores de riesgo (Valsalva, traumatismos...) debemos descartar la presencia de un aneurisma cerebral. La rotura de un aneurisma es la causa más frecuente de HSA y la cefalea es el síntoma más frecuente. No existe un consenso en el tratamiento de las hemorragias subhialoideas; los estudios realizados, no han demostrado diferencias en AV final en pacientes tratados de forma conservadora o sometidos a Vitrectomía. Hasta un 75 por ciento de los pacientes no operados, presentaron una MER a lo largo del seguimiento.

CPCC-133

GLOMERULOESCLEROSIS FOCAL Y SEGMENTARIA SECUNDARIA A INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE RANIBIZUMAB

Cristina Carmona Sánchez, Daniel de la Fuente Gómez, Ana Isabel Sánchez de la Morena

Introducción: Desde hace años, la administración sistémica de agentes que inhiben el factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) y, por tanto, la proliferación vascular, se utiliza como tratamiento de diversos cánceres. Sin embargo, estos agentes se asocian con una serie de efectos secundarios, que incluyen proteinuria y lesión renal. En las últimas décadas, las inyecciones intravítreas con anti-VEGF han mejorado drásticamente el pronóstico de enfermedades maculares que amenazan la visión. Dado que estos agentes cruzan la barrera hematorretiniana y entran a la circulación, se han documentado efectos secundarios sistémicos.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón, de 80 años, diagnosticado de edema macular secundario a trombosis de rama venosa retiniana en ojo derecho desde hace 2 años. Ha estado en tratamiento con Implante Intravítreo de Dexametasona e inyecciones intravítreas de Ranibizumab con buena resolución del cuadro. En una de las revisiones, se detectó líquido intrarretiniano perifoveal marcado, por lo que se comenzó un nuevo ciclo. En la posterior revisión y tras mejoría del cuadro se decide suspensión de terapia intravítrea y estudio nefrológico por reciente diagnóstico de Glomerulonefritis. En la biopsia renal se diagnosticó de Glomeruloesclerosis focal y segmentaria con daño renal crónico severo.

Conclusiones: Si bien las inyecciones intravítreas de anti-VEGF son efectivas y seguras, se han publicado casos de daño renal tras terapia intravítrea con anti-VEGF. Por lo que los oftalmólogos deben ser conscientes de su posible afectación renal y sistémica. En estos casos, es fundamental un manejo multidisciplinar por parte de Oftalmología y Nefrología considerando interrumpir las inyecciones y/o cambiar a otros agentes terapéuticos.

CPCC-134

SÍNDROME COATS PLUS-DESAFÍO EN MANEJO CLÍNICO

Olga Ciubotaru Ciubotaru, Nuria Rius Barrufet, Carmen Ila Raez, Ana Pueyo Bestuye, María Sopena Pinilla

Introducción: El síndrome de Coats plus es un trastorno genético raro, con una prevalencia de menos de 1 por millón de nacimientos, que combina características de la enfermedad de Coats con manifestaciones sistémicas. Incluye anomalías vasculares retinianas, microcefalia, retraso en el desarrollo y problemas gastrointestinales.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una niña de 7 años con Síndrome de Coats PLUS, en seguimiento en nuestro centro desde la edad de 14 meses. A raíz de una exotropía del OD, fue diagnosticada a los 9 meses de edad con desprendimiento retiniano (DR) exudativo, que se trató con crioterapia, fotocoagulación láser (FCL) con Argón, vitrectomía y Bevacizumab intravítreo, pero con mala evolución, resultando en ceguera completa del OD. Posteriormente, se detectó un cuadro similar de vasculopatía exudativa en el OI. A los 26 meses fue diagnosticada de Síndrome de Coats PLUS por alteraciones cerebrales observadas en RMN, que han empeorado de forma progresiva, de manera que a los 4 años la paciente comenzó a presentar crisis convulsivas que actualmente no se controlan bien con tratamiento farmacológico. En el OI se ha aplicado tratamiento (FCL con Argón y Eylea intravítrea) en 5 ocasiones, la última vez hace 1 mes por la aparición de una nueva zona de exudación. Actualmente se ha conseguido conservar una agudeza visual de 0.11 en OI. La paciente está en seguimiento estrecho en consultas de Oftalmología Pediátrica y sección de Retina quirúrgica, para asegurar un diagnóstico temprano de cualquier nueva zona de alteración retiniana.

Conclusión: La incidencia del síndrome de Coats plus es extremadamente baja, lo que contribuye a los desafíos en su diagnóstico y manejo clínico. La severidad y la tasa de progresión son mayores en niños menores de 4 años, causando pérdida de visión en el ojo afectado y teniendo un pronóstico vital reservado. El manejo temprano y multidisciplinario puede ayudar a mejorar algunos aspectos del pronóstico.

CPCC-135

OCCLUSIÓN COMBINADA DE VENA CENTRAL DE LA RETINA Y ARTERIA CILIORRETINIANA EN PACIENTE DE 25 AÑOS

Marta Comes Carsí, Elena Gracia Rovira, Héctor Carot Sanmillán, Francisco Calleja Casado, José Miguel Vilaplana Mora, Laura Manfreda Domínguez

Introducción: La oclusión combinada de vena central de la retina (VCR) y de arteria ciliarretiniana (ACLR) es una entidad poco frecuente, sobre todo en pacientes jóvenes.

Caso clínico: Presentamos un varón de 25 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por visión borrosa central en ojo izquierdo (OS) brusca e indolora, sin otros síntomas. Presenta una agudeza visual (AV) de 1 en el ojo derecho (OD) y cuenta dedos a 1 metro en OS, con reflejos pupilares normales. El fondo de ojo (FO) del OS muestra tortuosidad y dilatación venosa con múltiples hemorragias puntiformes en los 4 cuadrantes, asociando palidez retiniana en el área de la ACLR superior. La tomografía de coherencia óptica macular (OCTm) del OS muestra un engrosamiento e hiperreflectividad de las capas internas en la zona de palidez retiniana, con signos de hipoperfusión en la OCT angiográfica. Se orienta como una oclusión combinada de VCR y ACLR, iniciándose tratamiento antiagregante.

Durante el ingreso se realizan múltiples pruebas de imagen y analíticas (destacando perfil de autoinmunidad y estudio de factores protrombóticos), sin alteraciones. En la serología destacan anticuerpos IgG para virus SARS-Cov-2 positivos, siendo el test de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) también positivo.

El campo visual (CV) del OS muestra un escotoma paracentral inferior que no respeta la línea vertical y la angiografía con fluoresceína descarta signos de vasculitis.

Tras 3 semanas, el paciente presenta una AV de unidad en OS, sin cambios en el CV. En el FO del OS mantiene leve tortuosidad venosa y alguna hemorragia, sin áreas de palidez y la OCTm muestra una atrofia de capas internas secundaria a la isquemia.

Conclusiones: Las oclusiones vasculares retinianas (OVR) son poco frecuentes en pacientes jóvenes y requieren un estudio exhaustivo. Las OVR (venosas y arteriales) están registradas entre las manifestaciones del SARS-CoV-2. En nuestro caso la evolución visual fue favorable.

CPCC-136

REPOSICIÓN DE FLAP INVERSO EN CIRUGÍA DEL AGUJERO MACULAR

Esperanza Cosano Palma, José Luis Sánchez Vicente, Bosco González-Jáuregui López, María Luque del Castillo

Introducción: El agujero macular (AM) de espesor completo es una causa relativamente frecuente de pérdida visual central, con una prevalencia del 0,3%. El riesgo de afectación del ojo contralateral a los 5 años es de alrededor del 10%. La tracción vitreomacular se ha definido como principal factor etiológico. Otras causas asociadas son la miopía y los traumatismos contusos. En su diagnóstico y estadiaje tiene un papel muy importante la imagen mediante OCT. El manejo puede ser conservador o quirúrgico, estando la cirugía especialmente indicada en estadio 2 o superior y en algunos agujeros lamelares.

La técnica clásica consiste en la vitrectomía más pelado de la membrana limitante interna (MLI). Desde el año 2010 se han propuesto técnicas de flap que manipulan la MLI, cubriendo el AM con un flap inverso de MLI.

Caso clínico: Se exponen 3 casos, dos pacientes varones y una mujer, de 63, 71 y 64 años, con un seguimiento de 3 años, en los que tras una primera cirugía del AM de espesor completo se produjo un desplazamiento o arrugamiento del flap inverso, con persistencia del defecto anatómico, que precisaron en un segundo tiempo una reposición del flap + tamponamiento con viscolástico y gas, con éxito anatómico en 2 de los casos. El tercer caso requirió una segunda cirugía de reposición del flap, que consiguió el cierre del AM. La agudeza visual (AV) mejoró en todos los casos, con un incremento medio del 50% en un rango de 2-6 meses. Obtuvieron los mejores resultados funcionales los dos pacientes que solo precisaron una cirugía de reposición del flap.

Conclusión: La técnica del flap invertido de MLI en la cirugía del AM tiene un alto porcentaje de éxito anatómico y funcional. En esta serie de casos con resultados incompletos, la cirugía de reposición del flap + tamponamiento consiguió el cierre del AM y mejoría de la AV a los 6 meses de la intervención. Esta técnica puede considerarse una opción efectiva en casos de desplazamiento/arrugamiento del flap inverso.

CPCC-137

ESPECTRO PAQUICOROIDEO – SERIE DE CASOS

Famara Doblado Serrano, Laura Rosa Gil Amado, Isabel Alonso Martínez

Introducción: El espectro paquicoroideo incluye un grupo de entidades que comparten características comunes como son el aumento del grosor coroideo con dilatación y presencia de paquivasos así como disminución de capa coriocapilar y capa de Sattler. Este conjunto de enfermedades presentan signos propios que les hacen independientes y además poseen la capacidad de progresar de unas a otras.

El espectro coroideo se puede clasificar en formas exudativas como la coriorretinopatía central serosa (CCS), el síndrome peripapilar paquicoroideo (SPP) y la excavación focal coroidea (EFC), en formas neovasculares como son la neovascularopatía paquicoroidea (NVP) o la vasculopatía coroidea polipoidea (VCP) y formas atróficas como la epitelopatía pigmentaria paquicoroidea (EPP).

El objetivo de esta serie de casos clínicos es el de mostrar los signos diagnósticos en imagen multimodal de pacientes con diferentes formas del espectro paquicoroideo así como el de documentar su evolución dentro del marco de esta entidad clínica de relativa reciente aparición.

Casos clínicos: Se presentan una serie retrospectiva descriptiva de seis casos clínicos diagnosticados y seguidos en nuestro centro, con diferentes entidades del espectro paquicoroideo (EFC, EPP, paquidrusas en paciente con EPP, CSC, SPP y NVP), a los que se le realizaron diferentes pruebas de diagnóstico por imagen como angiografías (AGF), autofluorescencia (BAF), tomografías por coherencia óptica por angiografía (OCT-A) y de dominio espectral (SD-OCT) entre otras, necesarias en el diagnóstico diferencial de estas entidades.

Se describen e ilustran los signos característicos y de sospecha propios de cada entidad así como la evolución clínica y de los signos en imagen.

Conclusión: La comprensión y estudio de las diferentes formas del espectro coroideo, resulta de vital importancia para conocer mejor la relación y progresión de las diferentes formas descritas así como de sus implicaciones funcionales.

CPCC-138

MANEJO DE UNA HEMORRAGIA SUBMACULAR TRAUMÁTICA EN PACIENTE JOVEN; A PROPÓSITO DE UN CASO

Paula Domench Arana, María Fraga de la Viesca, Cristina Irigoyen Bañegil, Miriam de la Puente Carabot, Manuel Sáenz de Viteri Vázquez

Introducción: La hemorragia submacular es una entidad infrecuente en pacientes jóvenes y su manejo debe contemplar el desplazar la hemorragia lo antes posible hacia la periferia de la retina con el menor riesgo de complicaciones, para evitar toxicidad macular.

Caso clínico: Una paciente de 29 años, microcirujana, acudió a urgencias de nuestro departamento tras recibir un golpe con una pelota de pádel en su ojo derecho, percibiendo un escotoma central en el campo visual de dicho ojo. La agudeza visual fue de 0.2 (Snellen) y a la exploración se objetivó una hemorragia submacular, que fue confirmada por tomografía de coherencia óptica. Se decidió manejar el caso con una inyección intravítrea de activador del plasminógeno tisular recombinado (r-tPA) y desplazamiento neumático de dicha hemorragia con burbuja de hexafluoruro de azufre (SF₆), guardando postura en decúbito prono en los días posteriores. La hemorragia quedó exitosamente desplazada hacia la retina periférica al día siguiente, evidenciándose una ruptura coroidea yuxtamacular. A los 4 meses alcanzó una agudeza visual de 1.0. Hasta la fecha, no han surgido complicaciones asociadas al procedimiento en este caso.

Conclusiones: La inyección intravítrea de r-tPA junto a una burbuja de SF₆ sin realizar vitrectomía pars plana puede ser una interesante alternativa ante casos de hemorragia submacular en pacientes jóvenes, con bajo riesgo de complicaciones y buenos resultados en cuanto a recuperación de agudeza visual.

CPCC-139

HEMORRAGIA MACULAR TRAS TROMBOLISIS EN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: UN CASO DE COMPLICACIÓN GRAVE DE MACROANEURISMA RETINIANO

Beatriz Elso Echeverría, Irene Reyزابال Ereño, Nerea Gangoitia Gorrotxategi, Ana Jiménez Alonso, Leire Olazarán Gamboa, Ruth Abarzuza Cortaire

Introducción: El macroaneurisma arterial retiniano, común en mujeres mayores con hipertensión arterial (HTA), es una dilatación aneurismática de las arterias retinianas. Puede ser asintomático, pero su ruptura puede causar hemorragia y edema, afectando la visión, especialmente en la mácula. El tratamiento precoz es crucial, aunque no hay uno estándar. La fotocoagulación láser y la inyección de anti-factor de crecimiento endotelial vascular son opciones comunes.

Caso clínico: Paciente mujer de 82 años con HTA, presentó una pérdida aguda campo visual superior en el ojo izquierdo (OI). La agudeza visual fue de 6/10 en cada ojo. En la fundoscopia se observaron signos de cruce arteriovenoso en ambos ojos y una hemorragia submacular en arcada vascular inferior en OI. La tomografía de coherencia óptica detectó edema macular y la angiografía fluoresceínica mostró una lesión macular hiperfluorescente temprana en una rama de la arteria retiniana inferotemporal sin ninguna fuga de fluoresceína, sugestiva de macroaneurisma retiniano. Se trató con inyecciones intravítreas de Aflibercept.

Después de 10 días, sufrió un accidente cerebrovascular isquémico que requirió tratamiento urgente con trombolisis intravenosa. Al día siguiente, la paciente percibió mayor pérdida de visión y el fondo de ojo reveló múltiples hemorragias retinianas en el polo posterior con posible desprendimiento coroideo hemorrágico en la arcada temporal inferior.

En los siguientes días, la fundoscopia resultó difícil debido a la hemorragia vítrea. Se realizaron ecografías oculares, con una aplicabilidad incierta en la retina. En este punto, se optó por un manejo expectante. Actualmente, la paciente tiene hemorragia vítrea persistente y el manejo oftalmológico depende de la evolución ocular y sistémica.

Conclusión: Dada la asociación del macroaneurisma arterial retiniano con la HTA y la enfermedad vascular, su presencia requiere atención oftalmológica especializada y seguimiento sistémico estrecho.

CPCC-140

DISTROFIA FOVEOMACULAR VITELIFORME DEL ADULTO CON MUTACIÓN EN EL GEN PRPH2, SEGUIMIENTO A CINCO AÑOS

Enrique España Vera, Gerardo Pedro García García, José Belda Márquez, Juan José Pérez Santonja

La distrofia foveomacular viteliforme del adulto descrita por primera vez por Gauss en 1974 se trata de una distrofia en patrón macular con una edad de presentación, entre los 30 y 50 años. Se ha asociado a mutaciones en los genes PRPH2, BEST1, IMPG1 e IMPG2. Se ha dividido en cuatro estadios evolutivos; viteliforme, pseudohipopion, vitelorrupivo y atrófico.

Mujer de 43 años remitida por sospecha de distrofia en patrón a estudio. La paciente inicialmente es asintomática con visiones en ojo derecho (OD) de 0,8 y en ojo izquierdo (OI) de 1. No constan antecedentes de interés, ni familiares. En la exploración del fondo de ojo se aprecian lesiones amarillentas perifoveales y alteración en la pigmentación foveal, sin evidenciar alteraciones en periferia ni en la papila óptica. Se estudia a la paciente mediante tomografía de coherencia óptica (OCT), autofluorescencia (AF) y tomografía de coherencia óptica- angiografía (OCT-A). En la OCT es reseñable la pérdida de capas de fotorreceptores a nivel central en OD con un engrosamiento de la misma en el OI sin observa acúmulo de material hiperreflectivo, observando en las sucesivas visitas un incremento de la atrofia de las capas externas y el epitelio pigmentario en el OD, con aumento del grosor del epitelio pigmentario en el OI. La autofluorescencia muestra hiperautofluorescencia moteada en el OD junto con atrofia adyacente y cierto patrón radial en el OI. La OCT-A muestra zonas de ausencia de perfusión subfoveal en la coriocapilar. El estudio genético reveló una mutación en heterocigosis para el gen PRPH2.

La paciente se ha mantenido estable con visiones actuales de 0,7 en OD y 0,9 en OI sin signos de neovascularización coroidea, otra de las complicaciones asociadas. El gen PRPH2 codifica la proteína peripherina 2, importante en el mantenimiento estructural de los segmentos externos de los fotorreceptores. Su mutación se ha asociado a mayor afectación de agudeza visual final.

No existen conflictos de interés.

CPCC-141

HEMORRAGIA MACULAR SUB-MEMBRANA LIMITANTE INTERNA PRODUCIDA TRAS IMPACTO DE LÁSER RECREATIVO

Haizena Etxabe Ávila, Álvaro Ponce de León Miguel, Carmen Sánchez Guillén, M.^a Jesús Pérez Álvarez

Introducción: La tecnología láser se ha convertido en parte fundamental de actividades comerciales, industriales, militares y médicas. Conforme ha aumentado su prevalencia, han aumentado los incidentes de lesiones oculares causadas por láser. La retina es la estructura ocular más afectada, pudiendo producirse alteraciones del epitelio pigmentario de la retina, hemovítreo, cicatrices retinianas, hemorragias y agujeros maculares.

Caso clínico: Mujer de 25 años que acudió a urgencias por pérdida súbita de agudeza visual (AV) en el ojo derecho tras el impacto de un láser recreativo. Negaba traumatismos, maniobras de valsalva, consumo de drogas, enfermedades sistémicas o anticoagulación. Presentaba AV 0.3, polo anterior normal, y en el fondo de ojo se objetivó una hemorragia paramacular inferior con fovea respetada. La tomografía de coherencia óptica mostró una hemorragia macular sub membrana limitante interna (ILM). Resto sin alteraciones. Las opciones de tratamiento eran: observación, membranotomía de la ILM con láser Nd-YAG, inyección intravítrea de activador del plasminógeno tisular recombinante con posterior retinopexia neumática o vitrectomía pars plana. Se optó por observación, dado que la resolución espontánea es lo más frecuente. La hemorragia fue reabsorbiéndose progresivamente, pero el aplanamiento de los restos hemáticos sub-ILM produjo que la sangre se desplazara y afectara a fovea, lo que penalizó la ganancia de AV. Dada la buena evolución, a pesar del empeoramiento en la AV, mantuvimos observación. En la actualidad presenta AV 1 y reabsorción completa de la hemorragia macular, persistiendo únicamente un leve engrosamiento de la ILM.

Conclusiones: Dadas las continuas innovaciones y prevalencia en la tecnología láser, es importante conocer las lesiones oculares que puede producir, para reconocerlas y tratarlas adecuadamente. La primera opción terapéutica de la hemorragia sub-ILM es el manejo conservador, dada la frecuencia de resolución espontánea.

CPCC-142

RESOLUCIÓN ESPONTÁNEA DE UN DESPRENDIMIENTO SEROSO MACULAR DE LARGA EVOLUCIÓN ASOCIADO A FOSETA ÓPTICA

Óscar Febrero Fernández, Pablo Gili Manzanaro, Belén Alemany Benayas, Jorge Pastor Landáburu, Ruth Pérez Fernández, Irene Aroca Serrano

Introducción: La foseta del nervio óptico es una anomalía congénita poco frecuente, generalmente unilateral, esporádica y sin asociación con otras anomalías sistémicas. Suele presentarse en la 4.^a década de la vida y se asocia en un 50% con alteraciones maculares: esquisis de capas internas y desprendimiento seroso. Actualmente existen multitud de abordajes terapéuticos, sin que exista un claro consenso sobre la mejor alternativa. El objetivo de esta comunicación es exponer un caso de resolución espontánea de desprendimiento macular seroso de larga evolución asociado a foseta papilar.

Caso clínico: Varón de 21 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a consulta por disminución de AV de ojo derecho (0,7) de un mes de evolución. El estudio de fondo de ojo inicial mostró un sobreelevamiento macular con foseta temporal en disco óptico. Se realizó un estudio de imagen multimodal que incluyó retinografía color, filtros, angiografía fluoresceínica y OCT estructural de mácula y nervio óptico, confirmando el diagnóstico de desprendimiento seroso macular asociado a foseta óptica.

Se planteó al paciente las alternativas terapéuticas, optando por observaciones periódicas. Se realizó un seguimiento durante 10 años, manteniendo una visión estable, con leve disminución de sensibilidad central en el campo visual. En la última revisión el paciente experimentó una mejoría clínica (AV=1), con una resolución espontánea del desprendimiento seroso macular confirmado con OCT.

Conclusiones: La foseta papilar es una alteración congénita rara, generalmente unilateral, asociada con frecuencia a desprendimiento seroso macular. La observación puede ser una alternativa en desprendimientos serosos de buenas agudezas visuales. La resolución espontánea puede darse incluso en casos de larga evolución.

CPCC-143

MACULOPATÍA PLACOIDE PERSISTENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

José Carlos Fernández Fontán, Celia Leal Camarena, Cristina Vital Berral, Eva M.^a Parra Oviedo

Introducción: La maculopatía placoide persistente (MPP) es una coriorretinopatía bilateral muy poco frecuente, que afecta sobre todo a hombres caucásicos entre los 60 y 70 años. Se caracteriza por la presencia de placas hipopigmentadas o amarillentas en región perifoveal y, en ocasiones, también foveal. En cuanto a su sintomatología, pese a que en estadíos iniciales no hay una pérdida de visión central si la fovea se encuentra respetada, cabe la posibilidad de desarrollar una neovascularización coroidea que producirá un deterioro progresivo de la agudeza visual. Se desconocen las causas de esta enfermedad, aunque una de las hipótesis principales la relaciona con la hipoperfusión coroidea.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente mujer de 60 años en la actualidad, en seguimiento por parte de nuestro servicio desde hace 14 años, que fue tratada en varias ocasiones por brotes de panuveítis de repetición con corticoterapia sistémica, además de micofenolato como ahorrador de corticoides. Progresivamente desarrolló una atrofia retiniana en región macular, la cual ha sido estudiada y controlada durante años mediante múltiples pruebas (OCT, angio-OCT retinografías, autofluorescencia y angiofluoresceingrafía), siendo diagnosticada finalmente de maculopatía placoide persistente, por lo que se reintrodujo la terapia inmunosupresora. Presentamos las diferentes pruebas de imagen, además de realizar una descripción detallada de las mismas para dar a conocer las características diagnósticas más importantes de la MPP.

Conclusiones: La MPP es una maculopatía de curso crónico que puede producir un déficit de AV severo conforme avanza la enfermedad. No obstante, existen tratamientos que intentar frenar la progresión de la misma, entre los que destacamos la terapia inmunosupresora sistémica. Es importante conocer las características diagnósticas de la misma para su correcta identificación y manejo temprano, lo cual es relevante para el pronóstico visual de estos pacientes.

CPCC-144

MANEJO CLÍNICO DE LOS PLIEGUES RETINIANOS TRAS CIRUGÍA DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA: UNA SERIE DE CASOS

Rodrigo Fernández Narros, Alfonso Miranda-Sánchez, Lorenzo López-Guajardo

Introducción: Los pliegues retinianos que aparecen tras la reparación quirúrgica de un desprendimiento de retina regmatógeno pueden clasificarse en de espesor completo o de espesor parcial (o pseudo-pliegues). Establecer esta diferenciación puede suponer un reto y la tomografía de coherencia óptica (OCT) supone una herramienta fundamental. Las opciones de manejo incluyen la reparación quirúrgica y el manejo expectante.

Caso clínico: Presentamos tres casos de pliegues retinianos de espesor parcial y completo, que aparecieron tras una cirugía de desprendimiento de retina tanto en el polo posterior, como en la periferia retiniana. En todos los casos se realizó un análisis tomográfico mediante OCT para determinar el tipo de pliegue. Tras valorar diferentes opciones de tratamiento, teniendo en cuenta las preferencias del paciente, se decidió adoptar una actitud conservadora. Los pacientes fueron seguidos durante más de 12 meses tras la intervención, documentándose su resolución espontánea a partir de un año.

Conclusiones: El manejo correcto de los pliegues retinianos es, a menudo, difícil de establecer. Factores como su ubicación, su tiempo de evolución, la repercusión funcional o su perfil tomográfico deben ser tenidos en cuenta, a la hora de inclinarnos por una intervención quirúrgica o una actitud conservadora. Es necesario aún establecer factores que nos permitan predecir la posible recuperación visual y su regresión espontánea.

CPCC-145

MACULOPATÍA ASOCIADA A DEFICIT DE VITAMINAS DEL COMPLEJO B EN PACIENTE CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA

Clara Fernández Sáez, Haizea Etxabe Ávila, Clara de Heredia Pastor, Sara García Caride

Introducción: La desnutrición crónica causa déficit de vitaminas relacionadas con una amplia patología oftalmológica. El déficit de vitaminas del grupo B se ha visto asociado a alteraciones maculares, como hemorragias, alteraciones del epitelio pigmentario (AEPR) e incluso un adelantamiento en la aparición de degeneración macular asociada a la edad.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 51 años en seguimiento por medicina interna por desnutrición severa debido a diarrea crónica de etiología no filiada desde hace cuatro años. Asocia enfermedad renal crónica con desequilibrio electrolítico y déficit del complejo de vitaminas B, sobre todo B1, B9 y B12. En tratamiento actual con vitamina B12, fósforo, potasio, magnesio y eutirox. Se interconsultó a oftalmología por pérdida de agudeza visual (AV) progresiva desde el inicio del cuadro diarreico. A la exploración oftalmológica, la AV del ojo derecho (OD) era 0.1 que mejora a 0.4 con agujero estenopeico y del ojo izquierdo (OI) cuenta dedos a un metro que mejora a 0.16. La biomicroscopia no presentaba alteraciones. En el fondo de ojo se visualizaron lesiones hiperpigmentadas periféricas bilaterales, sin otras alteraciones asociadas. Se realizó una Tomografía de Coherencia Óptica de mácula (OCTm), en la que se observó una interrupción de la capa de fotorreceptores con adelgazamiento de capas externas, con severa afectación de la capa nuclear externa, mayor en OI. Se completó el estudio con un electroretinograma de campo lleno en el que no se objetivaron alteraciones significativas. Los hallazgos en la OCT eran compatibles con las AEPR y la atrofia macular que puede inducir el déficit de vitamina B, por lo que sospechamos alteración macular como consecuencia de la hipovitaminosis por diarrea crónica de causa no filiada.

Conclusiones: Es importante conocer las alteraciones oftalmológicas asociadas a los diferentes déficits de vitaminas, para poder así detectarlo y suplementarlo adecuadamente previniendo dichas alteraciones.

CPCC-146

ENFERMEDAD DE COATS DE INICIO EN EL ADULTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Laura Flores Villarta, José Luis Olea, M.^a Teresa Arbona Nadal, Elena Rigo Oliver, María Artigues Martínez, Adrià Bujosa

Introducción: La enfermedad de Coats es una vasculopatía retiniana idiopática caracterizada por telangiectasia y aneurismas con exudación intra y subretinal. Aunque más frecuente en niños, existe una variante adulta con progresión más lenta. Se presenta un caso de E. Coats en un hombre de 30 años, detallando sus características clínicas y el abordaje terapéutico inicial.

Caso: Varón de 48 años, sin enfermedad sistémica asociada, desplazado de otro centro con diagnóstico de E. Coats en el ojo izquierdo (OI) a los 30 años y siendo tratado con varias sesiones de láser y Aflibercept intravítreo. En la exploración oftalmológica inicial, la agudeza visual (AV) era de 0.1 en el OI. En el fondo del ojo se observaron múltiples lesiones cicatriciales de láser previo, abundantes exudados en el polo posterior y periferia temporal junto con hemorragias y malformaciones vasculares que se confirmaron con la angiografía con fluoresceína (AGF) y verde de indocianina, destacándose las lesiones a nivel macular.

Se inyectó Aflibercept para disminuir los exudados y el edema y se efectuó fotocoagulación con láser argón.

Conclusiones: La presentación de la E. Coats en adultos tiene una evolución menos agresiva, pero precisa de un abordaje con múltiples retratamientos.

CPCC-147

ENFERMEDAD DE KRILL: A PROPÓSITO DE UN CASO

María Fraga de la Viesca, Cristina Irigoyen Bañegil, Miriam de la Puente Carabot, Paula Domench Arana, Alfredo García-Layana

Introducción: La epitelitis pigmentaria retiniana aguda (EPRA) o enfermedad de Krill es una patología inflamatoria infrecuente de la retina foveolar que afecta a adultos jóvenes y sanos. Se caracteriza por un escotoma central o paracentral, visión borrosa y/o metamorfopsia uni- o bilateral. Es de etiología desconocida, aunque en ocasiones hay una enfermedad viral que la precede, que podría desencadenar una reacción inmune contra el EPR o la retina neurosensorial. En la mayor parte de los casos, el cuadro se resuelve espontáneamente en 6-12 semanas con buena agudeza visual.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 14 años que acude a urgencias por visión borrosa central en ambos ojos de 3 días de evolución. Presentaba una agudeza visual de 0.9 en ambos ojos y en la fundoscopia una lesión amarillenta en fovea de ambos ojos. La tomografía de coherencia óptica (OCT) macular revelaba alteración de capas externas de la retina con aumento de la transmisión central. Tras descartar consumos de sustancias tóxicas se realiza el diagnóstico de enfermedad de Krill y se decide seguimiento evolutivo a las 48 horas. En la revisión la exploración y la OCT macular permanecen sin cambios por lo que se inicia tratamiento con Prednisona oral (50 mg al día durante 5 días) y control a los 5 días. En la nueva visita persisten las alteraciones en el fondo de ojo con una mejoría en la OCT de las alteraciones en las capas externas de la retina, quedando pequeñas alteraciones en la capa de los elipsoides. Se inicia pauta descendente de corticoides y revisiones periódicas. Las alteraciones en la fundoscopia y la OCT macular, así como la agudeza visual permanecieron sin cambios 2 meses tras el diagnóstico.

Conclusiones: La EPRA o enfermedad de Krill es una enfermedad autolimitada y de buen pronóstico, por lo que es importante el diagnóstico correcto para evitar tratamientos innecesarios.

CPCC-148

ALBINISMO OCULOCUTÁNEO DE DIAGNÓSTICO TARDÍO A PROPÓSITO DE UN CASO

Pablo García-Consuegra López-Picazo, Marina Fernández Jiménez, María García Zamora, Adriana Mazzucchelli Domínguez, Carlota Moreno De Alborán

Introducción: El albinismo representa un conjunto de afecciones hereditarias caracterizadas por la ausencia o disminución de melanina tisular junto con una afectación ocular característica que consiste en baja agudeza visual (AV), nistagmo, hipopigmentación iridiana y retiniana e hipoplasia foveal.

Existen dos grupos: Albinismo oculocutáneo (OCA): La más común entre los trastornos de hipopigmentación, con diversos grados de afectación de ojos, pelo y piel.

Albinismo ocular (OA): limitada a ojos.

Existen siete tipos de OCA sin incluir los síndromes con manifestaciones sistémicas. Todos se heredan de forma autosómica recesiva (AR), por lo que se dan tanto en hombres como en mujeres.

La forma más común de albinismo es el OCA tipo 2.

Caso clínico: Paciente de 29 años, acude a urgencias por visión borrosa tras sufrir una caída. Sin antecedentes personales o familiares de interés. Como antecedentes oftalmológicos destacan una hipermetropía y astigmatismo de +4 -4.00*6 en ojo derecho y +4.75 -3.00*15 en ojo izquierdo y nistagmo en ambos ojos (AO).

A la exploración se observa AV de 0.8 en AO, pupilas isocóricas y normorreactivas, movimientos extraoculares conservados, nistagmo en resorte de baja amplitud en AO. Polo anterior e iris sanos, sin defectos de transiluminación y medios transparentes

Funduscópicamente presenta un nervio sano, mácula sin reflejo foveal y leve hipopigmentación retiniana con aumento de la transparencia de los vasos coroideos

En la tomografía de coherencia óptica destaca una hipoplasia foveal estadio 1-2 con extrusión de capas plexiformes y disminución de su depresión.

Ante la sospecha de una patología del espectro albino es derivada al genetista, que confirma una variante patogénica en el gen OCA2.

Conclusión: Ante hallazgos y sintomatología característicos debemos descartar síndromes sistémicos y entidades del espectro albino para maximizar el potencial visual y el pronóstico general, además de para dar asesoramiento genético a los individuos.

CPCC-149

UN TUMOR NEUROENDOCRINO QUE METASTATIZA EN FORMA DE MELANOMA COROIDEO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Aitana Gil Domínguez, Sergi Morera Cerdán, Guillermo Font Duch, Nuria Burguillos Cabrol, Daniel Lorenzo Parra, Josep M.^a Caminal Mitjana

Introducción: Presentamos el caso de una mujer de 40 años con antecedentes de un tumor neuroendocrino (TNE) que desarrolló un melanoma coroideo metastásico.

El melanoma coroideo es el tumor maligno intraocular primario más frecuente en adultos. Se origina en los melanocitos del tracto uveal; sin embargo, la metástasis debe considerarse en pacientes con neoplasias extrínsecas.

Caso clínico: La paciente consultó por visión borrosa súbita en su ojo izquierdo y en el fondo de ojo se encontró una masa coroidea sobreelevada, con fluido que afectaba el perfil foveal.

La anamnesis detallaba un TNE primario del bronquio derecho, diagnosticado trece años atrás, que se había tratado con exéresis quirúrgica. Nuevos estudios de imagen mostraron masas en páncreas y una costilla; sin embargo, dos biopsias fueron negativas para malignidad. Por lo tanto, inicialmente se consideraron tanto el hemangioma como la metástasis coroidea dentro del diagnóstico diferencial. La angiografía fluoresceínica mostró una captación precoz en tiempos coroideos y tinción progresiva de la masa. La angiografía con verde de indocianina evidenció una captación muy progresiva en tiempos intermedios sin fenómeno de washout, característico del hemangioma. Finalmente, la masa pancreática fue extraída para realizar un estudio anatomopatológico, que reveló un TNE bien diferenciado, poniendo así la metástasis coroidea como principal sospecha diagnóstica.

La paciente se sometió a dos ciclos de terapia fotodinámica obteniendo una reducción en tamaño de la masa, resolución del edema macular y una ligera mejoría en la agudeza visual. Actualmente se realizan controles trimestrales y la metástasis está en remisión desde octubre de 2023.

Conclusiones: La metástasis de melanoma coroideo debe incluirse en el diagnóstico diferencial de tumores intraoculares en pacientes con antecedentes oncológicos, pero también en cualquier otro paciente cuya masa intraocular no se ajuste al comportamiento típico del melanoma coroideo.

CPCC-150

RETINOPATÍA DE PURTSCHER EN PACIENTE JOVEN CON ICTUS ISQUÉMICO

María Gómez Tomás, Sebastián Alfonso Martínez Tapia, Santiago Alejandro Mejía Freire, Alejandro Doncel Bello, Mauro Campelo Shlamovitz, Nuria Estébanez Corrales

Introducción: Se presenta el caso de un varón de 35 años, sin factores de riesgo cardiovascular consumidor ocasional de cannabis, cocaína y anfetaminas, que es derivado a urgencias por caída con pérdida brusca de fuerza en extremidades izquierdas y traumatismo craneoencefálico. Se objetiva un trastorno hemimotor y hemisensitivo izquierdo sin alteraciones visuales. El paciente sufrió un ICTUS isquémico en territorio de la arteria cerebral media derecha con disección carotídea. Se realiza procedimiento de neurointervencionismo con colocación de stent carotídeo sin éxito. Durante su tercer día de ingreso presenta pérdida brusca e indolora de visión del ojo derecho (OD).

Caso clínico: A la exploración oftalmológica, destacaba una agudeza visual del OD de cuenta dedos que mejoraba a 0.2, el ojo izquierdo veía unidad. La motilidad ocular extrínseca e intrínseca eran normales, sin defecto pupilar aferente; la presión intraocular y polo anterior también fueron normales. En la funduscopía se podía observar en el OD exudados algodonosos, hemorragias y «Purtscher flecken» de predominio todo ello en polo posterior estando la periferia bastante respetada. Se realizó tomografía de coherencia óptica que mostró hiperreflectividad de capas internas compatibles con isquemia. Se consideró como diagnóstico retinopatía de Purtscher. Se indicó corticoterapia vía oral en pauta descendiente. Al mes el paciente alcanzó a ver 0.2 y a los 9 meses 0.4 habiendo desaparecido las lesiones en el fondo de ojo pero persistiendo un campo visual reducido con múltiples escotomas.

Discusión: La retinopatía de Purtscher fue descrita en 1910 por Otmar Purtscher. Se trata de una coriorretinopatía asociada a un traumatismo indirecto sin lesión traumática ocular que puede aparecer tras 24-48 horas. La teoría más aceptada se centra en la aparición de microembolización de la vasculatura retiniana, resultando en la oclusión precapilar arteriolar e infarto microvascular de la capa de fibras retinianas.

CPCC-151

DESPRENDIMIENTO EXUDATIVO DE RETINA EN PACIENTE DE 22 AÑOS CON RETINOPATÍA HIPERTENSIVA POR SÍNDROME NEFRÓTICO

Sofía González Ballesteros, Sonia Aparicio Sanchís

Introducción: Se presenta un caso de desprendimiento exudativo de retina en paciente de 22 años con retinopatía hipertensiva grado IV por síndrome nefrótico.

Caso clínico: Mujer de 22 años, con antecedente de diabetes tipo 1 y síndrome nefrótico por glomerulopatía diabética remitida a urgencias de nuestro servicio por disminución de agudeza visual (AV). Presentaba AV decimal de 0.10 en ojo derecho (OD) y cuenta dedos (CD) en ojo izquierdo (OI). En el fondo de ojo se observaron llamativos signos de retinopatía hipertensiva grado IV incluyendo edema macular y de papila. Se solicitó toma de constantes y analítica, detectándose una tensión arterial (TA) de 198/110 en relación con su síndrome nefrótico previo y una glucemia de 475 por lo que recibió tratamiento antihipertensivo y control glucémico. En el seguimiento en nuestras consultas presentó múltiples complicaciones asociadas a la retinopatía hipertensiva y diabética (desprendimiento exudativo y traccional de retina con hemovítreo), realizándose estudio de imagen multimodal con tomografía de coherencia óptica swept-source (SS-OCT; DRI OCT Triton, Topcon, Inc) que incluyó retinografías, SS-OCT macular y OCT angiografía (OCT-A) y Angiografía fluoresceínica (AFG). En la OCT-A y en la AFG se observó una zona avascular foveal (ZAF) irregular con vasos teleangiectásicos y áreas de isquemia parcheada en todo el polo posterior y periferia. Actualmente se encuentra en tratamiento con panfotocoagulación e inyecciones intravítreas de antiangiogénicos, con AV de 0.25 decimal en OD y 0.2 en OI.

Conclusiones: La retinopatía hipertensiva puede ser el signo de presentación de una emergencia hipertensiva, una afección aguda que pone en riesgo la vida del paciente. Además, es importante considerar este síndrome como una causa potencial de desprendimiento de retina y sospechar esta patología en pacientes jóvenes, sobre todo si presentan enfermedad autoinmune, para su diagnóstico temprano.

CPCC-152

MEMBRANA NEOVASCULAR PERIPAPILAR ASOCIADA A HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL

José Vicente Guijarro Ambel, Francisco Javier Cordero Bellido, Carolina Franco Ruedas, Beatriz Lechón Caballero

Propósito: Estudiar la evolución de una membrana neovascular asociada a hipertensión intracranial Benigna (HTICB) y valorar la respuesta al tratamiento intravítreo con antiVEGF.

Métodos: Descripción de una membrana neovascular (MNV) asociada a HTICB en seguimiento. Se describen su forma de presentación, manifestaciones clínicas y evolución mediante imagen multimodal con: retinografía, tomografía de coherencia óptica (OCT), autofluorescencia (FAF) y angiografía fluoresceínica (AGF).

Resultados: Paciente mujer de 16 años, con una pérdida de visión del ojo derecho, presentando una agudeza visual de cuenta dedos a 2 metros. En el Fondo de ojo se observó una papila edematosa y un edema retiniano con afectación macular. Sin hallazgos patológicos en la exploración del ojo izquierdo, ni en el TAC craneal. La OCT del disco óptico del OD mostró una papila sobreelevada con desprendimiento del neuroepitelio asociado, así como una lesión hiperreflectiva yuxtapapilar asociada a líquido intraretiniano en forma de quistes que se extendía hasta la zona macular. En la OCT macular se evidenció líquido subretiniano que alcanzaba la zona subfoveal, y atrofia subfoveal. La AGF mostró desde fases precoces un área de hiperfluorescencia yuxtapapilar temporal bien delimitada con difusión en tiempos tardíos. Ante la sospecha de MNV se inició tratamiento con tres inyecciones de Bevacizumab, con una pauta de cada cuatro semanas. Tras el tratamiento la paciente mantiene una AV OD de 0,2. En la OCT se observa una atrofia macular sin líquido subretiniano.

Conclusión: La MNV es una complicación poco frecuente de la HTICB, que puede producir una disminución severa de la agudeza visual. Esta complicación responde favorablemente al tratamiento con un único ciclo de 3 inyecciones de antiVEGF, cada cuatro semanas. Aunque en la mayoría de los casos se produce una recuperación de la agudeza visual, en ocasiones puede generarse una atrofia macular no recuperable, provocando una baja visión

CPCC-153

FOSETA DEL NERVIÓ ÓPTICO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

María Hernando Portela, Ana M.^a Navas Sánchez, Amelia Amanda Chapinal López, Javier Bruno Torresano Rodríguez, Víctor Antón Modrego, Irene Cerdan Llach

Introducción: La foseta papilar se trata de una alteración congénita de la lámina cribosa poco frecuente. Afecta generalmente al borde temporal de la papila y suele ser unilateral y asintomática, a menos que debute con complicaciones tales como desprendimiento de la retina neurosensorial o retinosquiasis. Puede producir escotomas por la falta de tejido glial en esa zona y se ha relacionado con aumento de presión intraocular, pudiendo producir glaucoma secundario y, más raramente, puede asociarse con algunas maculopatías.

Para el diagnóstico es fundamental la exploración de fondo de ojo, tomografía de coherencia óptica y angiografía con fluoresceína.

En cuanto al tratamiento, suele ser expectante mientras el paciente no presente complicaciones. En este caso podemos optar por diferentes abordajes como láser argón sobre el borde papilar o vitrectomía, endoláser y taponamiento con gas en caso de desprendimiento de retina seroso. En los últimos años se han descrito varias técnicas de vitrectomía con introducción de distintos materiales en la foseta con resultados dispares.

Caso clínico: Se presentan dos casos clínicos de mujeres con edades de 71 y 65 años, que son diagnosticadas de foseta papilar en ojo izquierdo y derecho respectivamente, como hallazgo incidental en consulta rutinaria. Presentan una agudeza visual mejor corregida de 0.63 en el primer caso y 0.32 en el segundo. Aunque no comentaban cambios recientes, ambas refieren peor agudeza visual del ojo afecto desde siempre y aumento de mancha ciega en campimetría.

Ninguna ha mostrado complicaciones, salvo en el segundo caso que presentó presión intraocular límite sin desarrollo de glaucoma secundario y atrofia en el hazpapilomacular.

Actualmente realizan seguimiento en consulta de retina.

Conclusión: La foseta del nervio óptico es una patología poco frecuente, sin embargo, es necesario una vez diagnosticada realizar un seguimiento cercano de los pacientes con el fin de evitar posibles complicaciones asociadas.

CPCC-154

PAPEL DEL OFTALMÓLOGO EN EL TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS COROIDEAS

Esther Jiménez Morcuende, Cristina González Bandrés, Inmaculada Ortega Canales, Araceli Chacón Garcés, Belén Fernández Carrillo, Margarita Zamorano Aleixandre

Introducción: El tratamiento de las metástasis coroideas supone todo un reto para el oftalmólogo, la coroides es la localización ocular donde más asientan las metástasis, los tumores primarios de los que derivan, en orden de frecuencia, son: el cáncer de mama (40-47%) (unilaterales) y el de pulmón (21-29%) (bilaterales). Las metástasis coroideas ocurren en las últimas etapas de la enfermedad diseminada y se consideran un signo de mal pronóstico.

Caso clínico: Aportamos el seguimiento durante un año mediante retinografías y OCT de mácula de dos pacientes con metástasis coroideas tratados con inyecciones intravítreas de bevacizumab.

El primer caso se trata de una mujer de 46 años de edad como antecedente personal un carcinoma intraductal de mama izquierda, finalizó el tratamiento con letrozol en octubre del 2022, en febrero del 2023, acude a nuestro servicio por pérdida de la visión en su ojo derecho (OD), la paciente presentaba un gran desprendimiento neurosensorial ipsilateral, fue diagnosticada de metástasis coroidea derecha.

El segundo caso es un varón de 77 años de edad que acude a nuestro servicio en mayo del 2023 por pérdida de visión en su ojo izquierdo (OI), siendo diagnosticado de un desprendimiento exudativo de retina secundario a una metástasis coroidea, posteriormente, se descubrió que el tumor primario fue un adenocarcinoma mucinoso pulmonar.

Conclusiones: La sobreexpresión tumoral del factor de crecimiento endotelial (VEGF) es un factor de mal pronóstico, los tumores responden peor al tratamiento y son más agresivos.

El bevacizumab intravítreo puede ser efectivo en el tratamiento de las metástasis coroideas al reducir el líquido subretiniano y el volumen del tumor, previniendo así la pérdida de visión y mejorando la calidad de vida de los pacientes.

El papel del oftalmólogo es fundamental, no solo en el diagnóstico y reconocimiento de las metástasis coroideas, sino en el mantenimiento de la función visual de estos pacientes.

CPCC-155

MEMBRANA EPIRETINIANA IDIOPÁTICA EN ADOLESCENTES: A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS

Clara Lara Aroco, Javier Guzmán Blázquez, Carlos Lázaro García, Virginia Carrillo Ramos, Nuria Cuenca Cardeñosa, Oier Pérez Díaz

Introducción: Las membranas epiretinianas (MER) son más prevalentes en adultos mayores, su presencia en adolescentes es inusual y, en muchos casos, su etiología es desconocida, clasificándose como idiopática. La historia natural de las MER idiopáticas en niños y adultos jóvenes es generalmente favorable, con un deterioro notable en la agudeza visual solo en una proporción limitada de pacientes. Presentamos dos casos de adolescentes con MER idiopáticas detectadas incidentalmente.

Caso clínico: El primer caso se trata de un paciente varón de 17 años, sin antecedentes médicos relevantes, que acude a consulta oftalmológica rutinaria. Durante la exploración en el fondo de ojo se detectó una tracción vitreoretiniana temporal inferior a la fovea en el ojo izquierdo. Se realizó una tomografía de coherencia óptica (OCT) y retinografía de campo amplio. El paciente no presentaba síntomas visuales significativos, por lo que se decidió un manejo conservador con seguimiento periódico.

El segundo caso se trata de un paciente varón de 18 años, en seguimiento por blefaritis, sin otros antecedentes de interés. En una revisión se identifica una MER peripapilar en la OCT, sin síntomas asociados, por lo que se mantuvo tratamiento conservador con revisiones.

Conclusiones: Los casos presentados subrayan que las MER idiopáticas pueden ser hallazgos incidentales en adolescentes durante exámenes oftalmológicos rutinarios. La ausencia de síntomas significativos en ambos pacientes apoyó la decisión de un manejo conservador con seguimiento regular. Estos casos destacan la importancia de la detección precoz y el monitoreo continuo para prevenir potenciales complicaciones visuales a largo plazo, ajustando el tratamiento según la evolución de la condición y la aparición de síntomas.

CPCC-156

OCCLUSIÓN VASCULAR ASOCIADA A DRUSAS DEL DISCO ÓPTICO (ESTUDIO MULTIMODAL)

Celia Leal Camarena, José Antonio Aragón Amador, Asunción Alfaro Juárez, M.^a de los Ángeles Espiñeira Perrián

Introducción: Las drusas de nervio óptico (ODD) son depósitos de material hialino calcificado que proceden de alteraciones en el metabolismo de los axones de células ganglionares. Su incidencia oscila entre el 0.4-20.4% en la población general, con predominio en mujeres y caucásicos. Son bilaterales en el 67-91%, pudiendo tener una herencia autosómica dominante.

Generalmente asintomáticas, en ocasiones pueden generar disminución de AV por mecanismos isquémicos y de compresión a nivel del disco óptico y la lámina cribosa, generando escotomas en el campo visual o alteraciones vasculares como oclusiones vasculares, neuropatía óptica isquémica (NOI) o aparición de membranas neovasculares (MNV) peripapilares.

Caso: Presentamos el caso de una mujer de 84 años que acude a urgencias por disminución de la agudeza visual (AV) en el ojo derecho de 2 semanas de evolución (AV cuenta dedos a 1 m). En la funduscopia se observaron múltiples hemorragias y exudados algodonosos en territorio de arcada temporal inferior con extensión a mácula. En la OCT y OCT-A observamos edema macular sin MNV asociada. En la AGF, se observa obstrucción de arcada temporal inferior venosa y de ramas arteriales maculares en su salida del disco óptico. Encontramos también hiperautofluorescencia focal en porción superonasal de la cabeza del nervio óptico que nos sugiere drusas del nervio óptico, confirmándose con ecografía (imagen hiperecogénica con sombra acústica posterior).

Conclusiones: En pacientes con ODD puede producirse una pérdida de la visión central como consecuencia de complicaciones vasculares retinianas derivadas de la alteración de la microvascularización a nivel de la cabeza del nervio óptico y la lámina cribosa principalmente por mecanismos de compresión mediante un mecanismo directo (alteraciones vasculares obstructivas e isquémicas) e indirecto (neovascularización derivadas de la liberación de factores de crecimiento endotelial a causa del sufrimiento retiniano).

CPCC-157

DESPRENDIMIENTO DE RETINA EXUDATIVO ASOCIADO A HEMANGIOMA CAPILAR RETINIANO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE VON HIPPLE LINDAU EN GESTANTE CON PREECLAMPSIA GRAVE

Julia López Martínez, José M.^a Mateos Poch, Pablo Pereira Nogueira, Kyria Mariam Barros Borrelli, Lorena Fernández Estruch, Ronald Francisco Anaya Arellanos

Introducción: Los hemangiomas capilares retinianos (HCR) son lesiones consistentes en una proliferación de capilares que altera la arquitectura retiniana. Pueden asociar alteraciones visuales debidas a varias causas, la más frecuente, los fenómenos exudativos.

Caso clínico: Paciente mujer de 39 años con antecedente de parto gemelar hace 3 semanas, presentó preeclampsia que precipitó cesárea de urgencia, con posterior mantenimiento de tensiones arteriales elevadas durante las semanas siguientes. Actualmente normotensa. Acude a urgencias refiriendo escotoma temporal superior y miodesopsias en ojo izquierdo que comenzaron en últimas semanas del embarazo.

Presenta agudeza visual de 1 en ojo derecho y 0.9 en ojo izquierdo, biometría polo anterior sin alteraciones, en fondo de ojo derecho pequeño HCR periférico a las VII horas; en ojo izquierdo HCR de gran tamaño a las II horas temporal a mácula cercano a polo posterior con vasos de aporte sanguíneo muy engrosados, se aprecia desprendimiento de retina exudativo en extrema periferia temporal, un segundo HCR menor a las VII horas.

Ante el hallazgo de HCR bilaterales, se realiza estudio de genética Von Hippel Lindau (VHL) con identificación de variante p.Arg167Trp en heterocigosis en el gen VHL clasificada como variante patológica de herencia autosómica dominante.

Se realiza estudio de extensión para descartar malformaciones a nivel sistémico.

A nivel oftalmológico se realiza fotocoagulación de lesiones intrarretinianas y se programa vitrectomía de pars plana del ojo izquierdo.

Conclusión: El hemangioma retiniano es un tumor infrecuente de características benignas que constituye la manifestación más frecuente y precoz en el síndrome VHL por lo que su diagnóstico requiere un estudio de extensión.

El tratamiento del HCR de elección es la fotocoagulación con láser argón, otras posibilidades terapéuticas incluyen la crioterapia, terapia fotodinámica, corticoides intraoculares o antiangiogénico.

CPCC-158

RETINOSIS PIGMENTARIA CONCOMITANTE CON ENFERMEDAD DE STARGARDT ¿UNA MISMA ENTIDAD?

Violeta Martínez Torres, Julio César Molina Martín, Inés Sánchez Rodríguez-Acosta, Ángel Cano Mazarro, Encarnación Mengual Verdú, Vlad Moratalla Sasu

Presentamos dos casos clínicos de pacientes con Retinosis Pigmentaria (RP) concomitando con Enfermedad de Stargard.

Caso 1: mujer de 55 años que asistió a consulta por disminución de agudeza visual (AV) y nictalopía de 1 año de evolución. A la exploración observamos una AV de 0.4 en ojo derecho (OD) y 0.9 en ojo izquierdo (OI) según cartilla de Snellen.

Caso 2: varón de 50 años con disminución de visión (AV 1/0.8) y nictalopía.

En ambos pacientes se observó al fondo de ojo una atrofia macular importante asociada a lesiones tipo flecks y en retina media y periférica se encontraron lesiones pigmentarias tipo espículas óseas. Ante la sospecha de distrofia retiniana se realizó un estudio multimodal con campo visual, retinografía de campo amplio, tomografía de coherencia óptica, autofluorescencia de fondo, angiografía fluoresceínica (AGF) y con verde de indocianina, pruebas neurofisiológicas y estudio genético. En los 2 casos la autofluorescencia (verde y azul) de fondo reveló zonas extensas de hipoautofluorescencia a nivel macular. En la AGF se observó hiperfluorescencia en mácula desde estadios iniciales y silencio coroideo. La OCT demostró una atrofia macular significativa con alteración de capas externas. El electroretinograma (ERG) de campo amplio y multifocal demostraron alteraciones importantes en ambos pacientes.

El diagnóstico de confirmación lo obtuvimos con el estudio genético: El Caso 1 presentaba una variante patológica, (c.1711 C>T p. (Arg 571*)), en el gen IMPG1 compatible con Retinosis pigmentaria tipo 91 (patrón de herencia AD) y enfermedad de Stargard like. El Caso 2 presentó una variante patológica (c.2276G>T p. (Cys759Phe)) en el gen USH2A compatible con Retinosis Pigmentaria tipo 39 (autosómico recesivo) y Síndrome de Usher tipo 2A (autosómico recesivo) sin sordera, y una segunda variante (c.2267G>A p. (Trp 756*)) en el gen PROM1 compatible con Enfermedad de Stargard tipo 4 (autosómico dominante) y retinosis pigmentaria tipo 41 (autosómico dominante).

CPCC-159

HALLAZGO CASUAL DE CUERPO EXTRAÑO METÁLICO INTRAOCULAR DURANTE REALIZACIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA

Pablo Paz Cotilla, Martín González Vázquez, Julia Barreiro Honrado, Ariadna Vázquez Prieto

Introducción: La presencia de cuerpos extraños metálicos intraoculares es una contraindicación de realización de resonancia magnética. Son pocos los casos descritos en la literatura como hallazgos incidentales.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 32 años que acude a la urgencia por hiperemia e intenso dolor ocular derecho tras intento de realización de resonancia magnética nuclear.

A la exploración presenta agudeza visual de 1.0 en ambos ojos. Presión intraocular de 10/12 mmHg. La biomicroscopía de polo anterior en ojo derecho demuestra hiperemia ciliar, leucoma corneal temporal, cámara anterior conservada, iridotomía temporal, Tyndall 2+ y cristalino transparente. En el examen de fondo de ojo se observa vitritis y un cuerpo extraño metálico de 1.5 diámetros de papila entre arcadas.

Interrogado de forma dirigida refiere que hace más de diez años sufre traumatismo de alto impacto en ojo derecho mientras cortaba metal manejado sin complicaciones. Desde ese momento, episodios de fotofobia e hiperemia autolimitados 3 ó 4 veces al año.

Instaurado tratamiento con corticoides tópicos y orales y midriáticos el paciente presenta resolución de la clínica en 2 semanas. El paciente rechaza la posibilidad de extracción quirúrgica del cuerpo extraño.

Se exponen imágenes de retinografía del paciente.

Conclusión: La presencia de cuerpos extraños metálicos intraoculares suele conllevar la decisión quirúrgica de su extracción debido a las potenciales complicaciones asociadas. Dicha decisión debe ser siempre consensuada con los pacientes. La resonancia magnética nuclear es una prueba contraindicada en estos casos, siendo de elección la tomografía computerizada.

CPCC-160

DESAPARICIÓN DE DEPÓSITO PSEUDOVITELIFORME TRAS VITRECTOMÍA POSTERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Nuria Perales Casado, Lorenzo López Guajardo

Introducción: Las lesiones viteliformes adquiridas se caracterizan por acúmulos de material hiperautofluorescente localizados en el espacio subretiniano secundario a trastornos en epitelio pigmentario de la retina (EPR) de carácter no hereditario.

Estos depósitos pueden permanecer estables o sufrir un proceso de reabsorción lento con desarrollo posterior de atrofia de fotorreceptores.

Caso clínico: Mujer de 50 años en seguimiento por nuestro servicio de Retina refiere pérdida significativa de visión en ojo izquierdo respecto a la última revisión en consultas. La paciente ha sido valorada en nuestro servicio desde 2021 por depósito pseudoviteliforme (DSV) en ojo izquierdo. En la exploración se objetiva agudeza visual de 40 letras en ojo izquierdo y tanto en el fondo de ojo como en la imagen de tomografía de coherencia óptica (OCT) se observa un agujero macular (AM) completo de nueva aparición en dicho ojo.

Se le propone cirugía de retina en ojo izquierdo y es sometida a vitrectomía posterior con pelado de membrana limitante interna e intercambio suero-aire-gas. A la semana de la cirugía se observa cierre del AM y desaparición completa del depósito subretiniano.

Conclusiones: La maculopatía pseudoviteliforme se caracteriza por depósitos de material hiperreflectivo en el espacio subretiniano.

El origen del depósito se relaciona con alteración de la fagocitosis de los residuos por disfunción del EPR, o por fallo del mismo por separación de las uniones celulares estimuladas por tracciones vitreomaculares.

Hasta el momento se habían descrito reabsorciones de los DSV durante el curso natural de la enfermedad y de forma más temprana a través de vitrectomía con pelado de membrana epirretiniana (por aplanamiento progresivo del depósito tras meses de la cirugía). En este caso presentamos la eliminación del depósito de forma directa mediante la liberación y corte del mismo por el vitreotomo durante cirugía de AM y proponemos una técnica de tratamiento.

CPCC-161

PROLIFERACIÓN ANGIOMATOSA RETINIANA (RAP) ASOCIADA A RETINOPATÍA DIABÉTICA

María Portillo Martínez, Rocío Barrera Moyano

Introducción: La proliferación angiomasosa retiniana (RAP) o neovascularización tipo 3 (NV3) es un tipo de degeneración macular asociada a la edad (DMAE) exudativa. Tiene un origen intrarretiniano a partir de un ovillo vascular a nivel de la capa plexiforme externa y una extensión hacia el espacio subretiniano creando una anastomosis retina-coroideas.

Inicialmente descrita de modo exclusivo en el contexto de la DMAE, recientemente se han descrito algunos casos de RAP en la paquicoroidopatía. En este trabajo se presenta un caso de RAP asociado a retinopatía diabética (RD), asociación no descrita previamente.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 73 años con diabetes mellitus tipo II de 30 años de evolución que fue diagnosticada de RD no proliferativa severa y edema macular quístico (EMQ) en ambos ojos, siendo tratada con panfotocoagulación láser retiniana y varios implantes intravítreos de Dexametasona con buena respuesta.

Durante su seguimiento, en la tomografía de coherencia óptica (OCT) se observó una elevación del EPR con engrosamiento intrarretiniano y quistes intrarretinianos. La angiografía-tomografía de coherencia óptica (OCT-A) confirmó la presencia de un RAP en fase III: desprendimiento vascularizado del EPR y comunicación vascular retino-coroidea.

Conclusiones: La neovascularización coroidea (NVC) es una complicación microvascular intraocular de la diabetes mellitus. Estudios histológicos de sujetos con diabetes a largo plazo han demostrado engrosamiento de la membrana basal de los capilares retinianos, estrechamiento luminal, engrosamiento de la membrana de Bruch y pérdida de la capa coriocapilar. Todo ello conduciría a una hipoxia del EPR y de la retina externa, con aumento de la producción de factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) y estimulación de la angiogénesis, dando lugar a la aparición de una RAP.

No tengo ningún interés comercial ni he recibido apoyo económico.

CPCC-162

ENFERMEDAD DE STARGARDT: CORRELACIÓN FENOTÍPICA Y GENOTÍPICA EN UN CASO PEDIÁTRICO CON LA VARIANTE C.6480-35A>G DEL GEN ABCA4

Claudia Rodríguez Blanco, Luis Javier Fernández Alvarado, Victoria Izquierdo Mengíbar, Álvaro Casado Blanco, María Polo García, Pablo Prieto Matos

Introducción: La enfermedad de Stargardt es la distrofia macular autosómica recesiva más común tanto en adultos como en niños. Está asociada con mutaciones en el gen ABCA4 y presenta una enorme heterogeneidad clínica y genética.

Caso clínico: Paciente femenina de 14 años acudió a consulta por disminución progresiva de agudeza visual (AV). La mejor agudeza visual corregida (MAVC) era de 0.1 en el ojo derecho (OD) y de 0.16 en el ojo izquierdo (OI). La biomicroscopía de polo anterior fue normal. En la fundoscopia, se observó alteración del brillo macular. La tomografía de coherencia óptica (OCT) mostró una importante disminución del grosor y la arquitectura macular. La autofluorescencia reveló un aumento del silencio coroideo central y un incremento de flecks en ambos ojos (AO). El estudio genético confirmó el diagnóstico de la enfermedad de Stargardt debido a la presencia de dos variantes en el gen ABCA4: c.6480-35A>G, una variante moderada-severa, y una delección de 411 pb, una variante severa. La primera variante es de herencia paterna y la segunda es de herencia materna. Ambos padres son portadores, pero no enfermos. Sin embargo, el tío paterno del paciente, que fue homocigoto para la alteración c.6480-35A>G, está enfermo, aunque con distinta severidad.

Conclusión: La enfermedad de Stargardt se considera una enfermedad rara, habiéndose descrito pocos casos a nivel mundial. Sin embargo, probablemente esté infradiagnosticada debido al tipo de mutaciones implicadas en su desarrollo.

La complementación de las pruebas clínicas con las genéticas supone un apoyo fundamental para el entendimiento de la severidad de la enfermedad de Stargardt. Esto lo hemos comprobado en estos dos familiares con mutaciones distintas del gen ABCA4.

En este estudio, queremos destacar la importancia de la correlación fenotípica y genotípica para el pronóstico de la enfermedad.

CPCC-163

PSEUDO-COATS DE ORIGEN TUMORAL CON DEBUT EN EL ADULTO JOVEN

Alexandra Ruiz Guijosa, Alicia Valverde Megías

Presentamos el caso de una mujer sana de 38 años de edad con un cuadro de dolor ocular y pérdida de vision unilateral de una semana de evolucion. A la exploración, el segmento anterior de ambos ojos era anodino, pero la funduscopia del ojo derecho revelo vitritis anterior moderada junto a edema macular quístico, exudados lipídicos densos y desprendimiento de retina exudativo periférico.

Se apreciaban dos masas nodulares asalmonadas perifericas, con un claro relleno angiográfico y dependientes de un vaso aferente y eferente. El diagnóstico diferencial entre hemangiomas capilares o un tumor vasoproliferativo puede ser desafiante en estos casos. Debido a la ausencia de otras patologías oculares previas y la normalidad del ojo contralateral, se descartó su asociación con síndrome Von-hippel-lindau y se manejó con tratamiento intravítreo antiangiogénico y crioterapia sobre la lesiones con buena respuesta.

CPCC-164

OBSTRUCCIÓN DE VENA CENTRAL DE LA RETINA ASOCIADA A TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO E INMUNOTERÁPICO

Arturo Santos Torres, Mónica Asencio Durán

Introducción: Con la introducción de nuevos fármacos en quimioterapia e inmunoterapia están apareciendo efectos adversos a distintos niveles del organismo. Debemos saber identificar aquellos que tienen lugar a nivel ocular para poder tratarlos y monitorizarlos.

Caso clínico: Mujer de 58 años con antecedentes personales de carcinoma ductal infiltrante de mama en tratamiento con Carboplatino + Docetaxel + Trastuzumab + Pertuzumab que acude a urgencias por disminución de Agudeza Visual (AV) de 1 día de evolución. Tras la exploración se diagnostica de Obstrucción de Vena Central de la Retina (OVCR). En las siguientes revisiones se resolvieron las complicaciones derivadas hasta la actualidad donde la paciente no presenta ningún estigma de OVCR y AV de 0.8.

Conclusiones: Debemos conocer los posibles efectos adversos de los quimioterápicos e inmunoterápicos, ya que cada día más pacientes se benefician de estas terapias. Así como ofrecerles información sobre el pronóstico o incluso la necesidad de suspender dichos tratamientos.

CPCC-165

LESIÓN AMARILLENTA AGUDA EN EL FONDO DE OJO. UN DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Alexandra Sempere Esteve, Alejandro Filloy Rius

Introducción: Se presenta caso de varón con lesión amarillenta yuxtafoveal aguda. Se pretende incidir en la importancia de realizar una correcta anamnesis evitando centrarse únicamente en las pruebas complementarias

Caso: Varón de 36 años sin antecedentes oftalmológicos que acude a urgencias por disminución de agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD) de 4 días. Como antecedentes personales refiere nefropatía por IgA tratada con prednisona 50 mg diarios hace 5 meses. AV 0'2/1. Polo anterior sin hallazgos. Fundoscopia OD con lesión amarillenta en región yuxtafoveal. Tomografía de coherencia óptica (OCT) muestra desprendimiento neurosensorial con componente mixto hipo-hiperreflectivo en región foveal con engrosamiento de la vascularización coroidea externa. Se realiza diagnóstico diferencial entre causas de lesión amarillenta foveal como retinitis por citomegalovirus o toxoplasma, síndromes de puntos blancos, membrana neovascular coroidea o enfermedad de Best. Sin embargo, teniendo en cuenta edad y antecedentes médicos-farmacológicos y el aspecto de la OCT se orienta como coriorretinopatía serosa central (CSC). Se pauta descenso progresivo de corticoides. A las 2 semanas, mejoría AV (0'4) con incremento del tamaño y intensidad de la mancha amarillenta en fundoscopia. En OCT disminución difusa del volumen de fluido con aumento de la densidad del componente hiperreflectivo subretiniano que se sospecha causada por aumento de la proporción del componente proteináceo-exudativo al evacuarse primero el componente más seroso. En controles posteriores, disminución progresiva del desprendimiento seroso con resolución del componente hiperreflectivo y normalización anatómica de la retina externa.

Conclusión: La anamnesis y exploración nos indicaron la sospecha diagnóstica, apoyada por los hallazgos en OCT y la evolución del cuadro. A pesar del apoyo que suponen las técnicas de imagen, la atención a la anamnesis y exploración permite habitualmente realizar una orientación diagnóstica precisa.

CPCC-166

COROIDEREMIA: UNA ENFERMEDAD RARA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Maite Valentina Serrano Pérez, Raquel Berrio Campos, Andrés Jesús Peñalver Alcaraz, Marcia Gabriela Cabrera Jara, Chafik Zouine Lakbir, Soukaina Mouak Cherkaoui

Introducción: La coroideremia es una enfermedad genética poco común ligada al cromosoma X caracterizada por una degeneración coriorretiniana que afecta principalmente a varones, puesto que las mujeres son portadoras del gen y normalmente son asintomáticas. Los síntomas más habituales son la nictalopía y la pérdida del campo visual.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente varón de 40 años que acude a las consultas de oftalmología de nuestro centro por disminución de la agudeza visual en ambos ojos especialmente por la noche. A la exploración, la máxima agudeza visual corregida en el ojo derecho fue de 0,8 y en el ojo izquierdo de 0,4. En la biomicroscopia únicamente se observó una leve opacidad subcapsular posterior en el cristalino que no afectaba al eje visual y en el fondo de ojo se evidenció una atrofia difusa del epitelio pigmentario de la retina y de la coroides. Posteriormente, en la tomografía de coherencia óptica en ambos ojos se halló una pérdida extensa de la capa coriocapilar con preservación de la retina interna y en el campo visual 24/2 se apreció una retracción concéntrica. Tras el estudio de electroretinograma se concluyó una ausencia de respuestas eléctricas de los conos y los bastones y tras el análisis genético se confirmó la mutación del gen CHM del cromosoma X.

Conclusión: La coroideremia es una enfermedad rara que se debe sospechar ante escotomas y nictalopía sobre todo en varones. Esta entidad no presenta un manejo específico, pero se debe realizar asesoramiento genético, monitorizar al paciente para el control de las complicaciones y ofrecer apoyo a los pacientes que la padecen.

CPCC-167

TRES CASOS DE COROIDOPATÍA PUNCTATA INTERNA

Mercedes Sola Sáenz, Olga Cejudo Corbalán, M.^a Jesús Huertos Carrillo, Luis Carlés Cerbán, Marta Bautista Salamanca, Elena del Castillo Barroso

Introducción: Presentamos tres casos de Coroidopatía punctata interna (PIC) con particularidades en su evolución a lo largo del tiempo.

Caso clínico: Exponemos tres casos diferentes de PIC, todas son mujeres con antecedentes de miopía que debutan con disminución de la agudeza visual consignándose en la exploración fundoscópica lesiones retiniannas amarillentas con bordes bien definidos de alrededor de 300 micras compatibles con PIC.

La primera paciente presenta en su evolución un desprendimiento neurosensorial exudativo y con el tiempo evoluciona a membrana neovascular (MNV).

La segunda presenta buena respuesta a terapia corticoidea con desarrollo de MNV tras diez años de seguimiento.

La tercera paciente debuta con las lesiones características de PIC y MNV.

En todas ellas se realiza despistaje de enfermedades sistémicas autoinmunes e infecciosas, y se plantea diagnóstico diferencial con otras entidades del denominado Síndrome de puntos blancos.

Todas precisan finalmente tratamiento con fármacos antiVEGF llegando a la recuperación de la agudeza visual casi completa.

Conclusión: La coroidopatía punctata interna es una patología rara de etiología desconocida que afecta a mujeres jóvenes y miopes. Su diagnóstico se realiza en base a la clínica y OCT, es fundamental el seguimiento ya que con el tiempo puede desarrollar Fibrosis subretiniana o neovascularización coroidea, donde se ha demostrado buena respuesta a tratamiento intravitreo con AntiVEGF. En este trabajo se exponen las diferentes manifestaciones de la enfermedad y su variabilidad de presentación.

CPCC-168

MEMBRANA NEOVASCULAR SUBRETINIANA SECUNDARIA A ESTRÍAS ANGIOIDES EN PACIENTE CON SÍNDROME DE GRÖNBLAD-STRANDBERG

Julieta C. Stefani Vargas, Aníbal Alé Chilet, Daniel Montané Esteve, Javier Santos Gutiérrez, Marina Potau Bermejo, Júlia Nash Monsó

Introducción: El Síndrome de Gronblad-Stranberg es una entidad infrecuente, de herencia autosómica recesiva, consistente en la asociación de estrías angioides y pseudoxantoma elástico. Está caracterizado por calcificación ectópica y fragmentación progresiva de las fibras elásticas del tejido conectivo, tanto de la piel, mucosas y paredes vasculares, como de la membrana de Bruch, pudiendo producir neovascularización coroidea con la consecuente disminución en la agudeza visual (AV).

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente mujer de 33 años, que acude a urgencias por disminución rápidamente progresiva de la AV en el ojo izquierdo (OI) de tres semanas de evolución.

A la exploración presenta una AV de 1.0 en el ojo derecho (OD) y 0.1 en el OI, observándose a la fundoscopia estrías angioides radiadas en ambos ojos, una de ellas pasando por el centro de la fovea en el OI, con una membrana neovascular subretiniana (MNVSR) asociada.

Al ampliar la exploración se constatan pápulas confluentes de patrón reticular y aspecto de «piel de gallina» en cuello, axilas y fosas iliacas; confirmándose el diagnóstico de pseudoxantoma elástico tras biopsia cutánea y test genético, que determinó la característica mutación del gen ABCC6.

Se inicia tratamiento con Ranibizumab y posteriormente Aflibercept intravítreos, logrando la estabilidad de la MNVSR pero no la mejoría de la AV por la fibrosis asociada.

Conclusión: Si bien las estrías angioides pueden ser detectadas en etapas tempranas de la vida, al ser asintomáticas, en la mayoría de los casos no son detectadas hasta presentar complicaciones, como lo es la MNVSR.

El caso presentado destaca la importancia del oftalmólogo en la detección de enfermedades sistémicas a través de manifestaciones oculares, ya que estas a menudo son la primera señal que llevan al paciente a buscar atención médica.

Una evaluación exhaustiva es clave para un diagnóstico y tratamiento temprano de condiciones multi sistémicas.

CPCC-169

DIAGNÓSTICO, MANEJO Y SEGUIMIENTO EN LA ENFERMEDAD VON-HIPPEL-LINDAU CON LESIONES RETINIANAS

Jesús Suárez Pérez, Fernando López Herrero

Introducción: La enfermedad de Von-Hippel-Lindau (VHL) es una condición hereditaria autosómica dominante que predispone a padecer tumores como hemangioblastomas en retina y sistema nervioso central, feocromocitoma y carcinoma renal. El 50-60% de personas con enfermedad VHL presentan hemangiomas capilares, a menudo de forma bilateral y multifocal.

Caso clínico: Mujer de 17 años remitida para seguimiento por enfermedad VHL. En el ojo derecho se observó un área de hiperemia, telangiectasias y líquido subretiniano en el borde papilar nasal y, en el izquierdo, una marcada dilatación de la arcada temporal superior con exudación extendida hasta polo posterior, en relación con una lesión vascular periférica. La angiografía fluoresceínica resultó compatible con un hemangioma capilar yuxtapapilar con leve difusión en tiempos tardíos en el ojo derecho y con un hemangioma capilar en periferia en el ojo izquierdo.

La paciente fue tratada con propranolol oral (10 mg cada 12 horas), fotocoagulación láser e inyecciones intravítreas en el ojo derecho; y crioterapia en la lesión del ojo izquierdo ante la limitada acción de la fotocoagulación y el avance de la exudación. Tras cuatro años de seguimiento, la paciente conserva AV de 0,9 (OD) y 0,6 (OI). La lesión del ojo derecho ha precisado varias tandas de inyecciones de antiangiogénicos y la lesión del ojo izquierdo permanece estable tras la crioterapia.

Conclusiones: El hemangioblastoma retiniano es un tumor esférico de color rojo brillante y con vasos retinianos nutricios y de drenaje dilatados y tortuosos, con un grado variable de líquido subretiniano. Suelen debutar en la segunda década de la vida. Las opciones de tratamiento incluyen fotocoagulación, crioterapia transescleral, antiVEGF y vitrectomía.

Debido a la frecuencia y la gravedad de las lesiones sistémicas en la enfermedad VHL, se recomienda una evaluación basal exhaustiva y seguimiento con pruebas complementarias en los pacientes con sospecha de tener la enfermedad.

CPCC-170

OBSTRUCCIÓN DE ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA SECUNDARIA A DISECCIÓN CAROTIDEA

Arturo Talego Sancha, Sergio Matas Granados, Magdalena Sotomayor Toribio, Miguel Ángel Montenegro Quintana, Carla M.^a Rodríguez Fernández, Julia Bonvin Gómez

Introducción: La obstrucción de arteria central de la retina (OACR) ocasiona una pérdida brusca, unilateral y típicamente indolora de la visión. La clínica asociada y las características demográficas sirven para orientar el diagnóstico, con implicación en el manejo y pronóstico ocular y vital. Describimos un caso de OACR en mujer joven secundario a disección de arteria carótida interna (DACI) izquierda.

Caso clínico: Paciente mujer de 44 años refiere pérdida brusca de visión en su ojo izquierdo (OI) de 24 horas de evolución. A la exploración destaca una visión de no percepción de luz y un DPAR izquierdos. No se halló ptosis, no se descartó anhidrosis hemifacial. Comenta mareo sin náusea, inestabilidad y dolor hemifacial y cervical izquierdo. La funduscopia y retinografía muestran palidez del nervio óptico y retina y mancha rojo cereza. Su OD tenía aspecto normal. La OCT de mácula reflejaba un edema de capas internas y medias retinianas.

Se remite para realización de angio-TC de cráneo y troncos supraaórticos urgente, que muestra una DACI con obstrucción completa y lesiones corticales parietooccipitales que identifican como crónicas. En la RMN con contraste a las 48 horas aparecieron lesiones isquémicas en evolución en corteza y sustancia blanca parieto-occipitales y temporales. El electrocardiograma urgente, ecocardiograma transtorácico y Holter reglados fueron normales.

Dada la clínica de DACI con OACR e ictus isquémico, se inicia tratamiento con doble antiagregación y se remite a consultas de neurología. La visión en su OI no ha mejorado en las sucesivas revisiones, observándose en OCT macular una atrofia de la retina interna.

Conclusiones: Entre todas las causas de OACR, la disección carotidea es preeminente dado su potencial riesgo vital sin tratamiento. La cefalea y/o dolor facial y cervical asociado a OACR, con o sin síndrome de Horner, debe inducir la sospecha de este proceso, a fin de iniciar el tratamiento y reducir el riesgo de complicaciones.

CPCC-171

APLICACIÓN DE LA OCT-A EN EL DIAGNÓSTICO DE COMPLICACIONES DE ROTURA CORIDEA

M.^a Camila Yane Gauffin, Carmen Miquel López, M.^a de los Reyes Retamero Sánchez, M.^a Victoria Navarro Abellán, Manuel Almarcha Menargues, Javier Martínez Soria

Introducción: La rotura coroidea (RC) tras traumatismo ocular se produce por una comprensión anteroposterior del globo ocular con distensión de membrana de Bruch (MB), epitelio pigmentario de la retina (EPR) y coriocalilar.

Casos clínicos: Presentamos estudio de imagen multimodal de dos pacientes con RC. Primer caso: varón 34 años, refería pérdida de agudeza visual (AV) y escotoma central en ojo izquierdo (OI) de una semana de evolución tras traumatismo contuso. A la exploración presentaba AV de 0,05 y en fondo de ojo (FO) RC a nivel foveal. Se decidió observación. Al mes la AV fue de percepción de luz (PL) y en la angiografía por tomografía de coherencia óptica (OCT-A) se evidenció neovascularización coroidea (NVC) subfoveal activa. Se pautaron tres dosis mensuales de Aflibercept. En la revisión mensual se apreció NVC inactiva con mejora AV a 0,2. Segundo caso: mujer 24 años, traumatismo contuso en OI tras accidente automovilístico. A la exploración presentaba AV de PL, hipertensión ocular, luxación de cristalino en biomicroscopía y en FO edema retiniano inferior y hemorragias en arcada temporal inferior y nasal adyacente a papila. A los 2 meses se visualizó en FO RC peripapilar y macular. Se prescribió tratamiento hipotensor y se intervino mediante técnica Yamane. 6 meses después mejoró AV a 0,2 y OCT-A descartó MNV.

Discusión: La RC suele asociar hemorragias subretinianas o intrarretinianas que pueden impedir inicialmente su visualización. Múltiples estudios respaldan que el defecto permanente en el complejo coriocalilar-MB-EPR y su inflamación pueden ser la base de la formación de NVC. A pesar de que no hay tratamiento para la RC, complicaciones asociadas como glaucoma, desprendimiento de retina o NVC precisan de intervención terapéutica.

Conclusiones: En la RC el pronóstico visual depende de la afectación retiniana foveal y de la formación de NVC. La OCT-A es una técnica no invasiva útil en el diagnóstico temprano y seguimiento de la NVC.

CPCC-172

CORIORRETINOPATÍA SEROSA CENTRAL EN TRASPLANTADO RENAL

Chafik Zouine Lakbir, Elena Sarabia Marín, Ana M.^a Gómez Ramírez, Alberto López Alacid

Introducción: La coriorretinopatía serosa central (CSC) se caracteriza por un desprendimiento seroso de la retina neurosensorial (DNS). Entre los múltiples factores de riesgo relacionados con esta patología, se encuentra el trasplante de órgano sólido, siendo el trasplante renal (TR) el más frecuentemente asociado a esta entidad.

Caso clínico: Paciente varón de 41 años que consultó por alteración de la visión en ojo derecho (OD). Entre sus antecedentes médicos destacaban una hipertensión arterial controlada con amlodipino y un TR realizado hace 7 años por ectopia/hipoplasia renal congénita que precisa tratamiento con 5 mg/día de glucocorticoides e inmunosupresores (tacrolimus y micofenolato). La mejor agudeza visual corregida (MAVC) fue 10/10 en ambos ojos (AO). La exploración del fondo de ojo del OD mostró un DNS. Además, se observó una alteración del epitelio pigmentario en mácula de AO. La tomografía de coherencia óptica (OCT) confirmó la presencia de un DNS asociado a un depósito de material de aspecto fibrinoide en OD, siendo normal el ojo izquierdo. Con la OCT-Angiográfica se descartó la presencia de una neovascularización macular (NVM). Con estos hallazgos se realizó el diagnóstico de CSC atípica y se realizó un seguimiento con revisiones periódicas. Durante los 6 años de seguimiento del paciente, se ha observado una reducción progresiva del DNS y del material fibrinoide, sin recurrencias y manteniendo la MAVC en 10/10 en AO.

Conclusiones: Conocer la etiología de la CSC en trasplantados de órganos es compleja por los múltiples factores que podrían estar implicados. Se postula que la terapia crónica con glucocorticoides, empleada para prevenir el rechazo, puede ocasionar una CSC crónica y una modificación de la dosis administrada podría ser recomendable para controlar el proceso. Además, se desconoce el papel de los inmunosupresores en el desarrollo de la CSC y si el trasplante de un órgano incrementa la susceptibilidad para el desarrollo de la misma.

CPC-173

EFECTO DE LA ABERROMETRÍA EN LA CALIDAD VISUAL EN DIFERENTES LENTES INTRAOCULARES

Emilio Dorrzoro Ramírez, Merie Dayan Flores Cervantes, Vanesa Blázquez Sánchez, Cristina Bonnin Arias, Vanesa Antonia Gerena Arévalo, Celia Sánchez Ramos

Propósito: Evaluar la influencia de las aberraciones de alto orden en la selección de lentes intraoculares para mejorar la calidad visual de los pacientes de lentes rango de foco extendido (edof) y monofocal plus.

Materiales y métodos: Estudio observacional, prospectivo y transversal de 24 ojos con Luxsmart™ (Bausch&Lomb GmbH, Berlin, Alemania) y 24 ojos con Tecnis Eyhance™ (Johnson & Johnson Surgical Vision, Inc, Santa Ana, CA). El estudio se realizó en el Hospital Universitario Sanitas La Moraleja en Madrid y las cirugías fueron realizadas por el mismo cirujano experimentado (E.D.R.), siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki.

En el examen preoperatorio, se realizaron recuento endotelial, topografía, biometría, tomografía de coherencia óptica (OCT). Se empleó Pentacam HR® (Oculus Optikgeräte GmbH, Alemania) el que se realizó un análisis de las aberraciones de alto orden.

Al mes de la cirugía, se evaluó la agudeza visual (AV) fotópica en monocular y binocular, para distancia lejana (4 metros) y distancia cercana (40 cm) con el test ETDRS. Se consideró un valor de $p < 0.05$ como criterio de significancia estadística y la correlación se realizó con la prueba de Spearman.

Resultados: El análisis de la agudeza visual (AV) en condiciones fotópicas no mostró diferencias significativas entre las lentes para la distancia lejana, con valores de (0.075 ± 0.352) LogMAR y (0.023 ± 0.001) LogMAR, respectivamente.

Al comparar las AV postoperatorias y su relación con las aberraciones de alto orden, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: Los diseños de LIO, Luxsmart® y Tecnis® Eyhance™, proporcionan una agudeza visual (AV) óptima para la distancia lejana, aunque la lente Eyhance mostró un mejor rendimiento. Los sujetos no presentaron efectos fotópicos, por lo tanto, se ha demostrado que estas lentes son adecuadas para pacientes con aberraciones de alto orden, ya que no influyen en la calidad visual del paciente.

CPC-174

EFFECTIVIDAD DEL ACEITE OZONIZADO EN LIPOSOMAS EN LA PROFILAXIS PRE Y POST CIRUGÍA DE CATARATAS FRENTE AL TRATAMIENTO ESTÁNDAR

Dolores López Bernal, José Javier García Medina, Ginés Gea Martínez

Propósito: Evaluar la efectividad del aceite ozonizado en liposomas, en comparación con la práctica médica habitual, en la profilaxis de infecciones oculares antes y después de la cirugía de cataratas.

Método: Estudio piloto, abierto, prospectivo, en 60 pacientes que iban a ser sometidos a cirugía de cataratas. La mitad recibieron tratamiento con una gota del aceite ozonizado en liposomas cada 6 horas al día desde 3 días antes de la intervención y hasta 21 días después de la misma, y la otra mitad recibieron tratamiento estándar con ciprofloxacino o moxifloxacino cada 8 horas desde 3 días antes de la intervención y hasta 7 días después de la misma, además de tobramicina/dexametasona una vez finalizada la intervención, cada 4 horas la primera semana, cada 8 horas la segunda semana y cada 12 horas la tercera semana.

Resultados: Ningún paciente presentó complicaciones infecciosas oculares postquirúrgicas. No se encontraron diferencias significativas entre los tratamientos antes o 21 días después de la intervención en ninguno de los parámetros evaluados. En el grupo tratado con aceite ozonizado en liposomas hubo menos pacientes que presentaron sensación de cuerpo extraño y más pacientes con tiempo de ruptura lacrimal (TBUT) >10 a los 21 días postcirugía. Todos los pacientes presentaron buena tolerabilidad y manifestaron que no presentaron molestias.

Conclusiones: El aceite ozonizado en liposomas mostró buena eficacia y tolerabilidad en la profilaxis de las infecciones oculares antes y después de la cirugía de cataratas, pudiendo sustituir al tratamiento antibiótico antes y después de la cirugía de cataratas. De esta forma, el tratamiento antibiótico puede reservarse para cuando sea necesario, aumentando de este modo su efectividad y disminuyendo la aparición de resistencias a los antibióticos.

CPC-175

PAPEL DEL PERFIL TOPOGRÁFICO Y TOMOGRÁFICO EN LA AGUDEZA VISUAL TRAS IMPLANTACIÓN DE LENTE TÓRICA

Raquel Rodrigo Fernández, Carmen Matarredona Muñoz, Nerea Sáenz Madrazo, Azucena Baeza Autillo, María Chamorro González-Cuevas, Julio Rafael Ruiz Batres

Propósito: Estudiar el perfil topográfico mediante Pentacam en una serie de pacientes intervenidos de cirugía de catarata con implantación de lente intraocular tórica: AT-TORBI 709 y AcrySof toric y relacionarlo con los resultados postquirúrgicos (PQ).

Métodos: Se recogieron los datos de 53 pacientes (70 ojos) intervenidos entre el año 2017 y 2019 por el mismo cirujano en un hospital universitario de tercer nivel. Se seleccionaron los casos cuyo astigmatismo era regular, rotación de la lente $< 3^\circ$ y equivalente esférico PQ menor a 1.5 dioptrías, descartándose 10 pacientes. Se realizaron pruebas estadísticas de correlación con la agudeza visual (AV) final y diferentes parámetros topográficos y tomográficos. Se estudió también la relación entre estos valores y la morfología del astigmatismo.

Resultados: De los 60 pacientes, 34 presentaban un astigmatismo a favor de la regla, 17 en contra y 9 oblicuo. No se halló relación significativa entre la morfología del astigmatismo y un aumento de la elevación posterior (EP) ($P=0.48$). Tampoco diferencias en la media de AV entre grupos, siendo 0.81 en los tres tipos de morfología estudiados. Se observó una relación estadísticamente significativa ($P=0.021$) entre una EP sospechosa, establecida como aquella ≥ 12 micras en los 9 mm centrales, y una peor AV PQ mediante el test ANOVA. Objetivándose una diferencia de medias, siendo 0.75 la AV media en el grupo con EP sospechosa ($N=30$) y 0.86 en el grupo control ($N=30$).

Conclusiones: Como ha sido descrito previamente, en la muestra parece haber una tendencia a la predominancia del astigmatismo a favor de la regla en pacientes con datos que puedan sugerir un posible queratocono frustrado, como es un aumento de la EP, sin llegar a la significación estadística. Se observa una disminución significativa de la media de la AV en pacientes con EP sospechosas, no siendo achacable al desarrollo de una ambliopía secundaria a estas alteraciones topográficas, al ser predominantemente bilateral.

CPC-176

EVALUACIÓN DE LA CONCORDANCIA ENTRE DOS DISPOSITIVOS DE OCT EN LA DETECCIÓN DEL GLISTENING DE LAS LENTES INTRAOCULARES

M.^a Teresa Serrano González-Peramato, José Ignacio Fernández-Vigo Escribano, Ignacio Almorín Fernández-Vigo, Cristina Fernández-Vigo Escribano, Ana Macarro Merino, José Ángel Fernández-Vigo

Objetivo: Evaluar la concordancia entre dos dispositivos de tomografía de coherencia óptica de dominio swept-source (OCT-SS) en la detección del glistening de las lentes intraoculares (LIO).

Material y métodos: Estudio transversal de 115 ojos (57 derechos y 58 izquierdos) de 61 pacientes. Todos los pacientes habían sido intervenidos previamente de cirugía de cataratas y acudían a revisión rutinaria. Tras dilatación pupilar y examen con lámpara de hendidura, los pacientes fueron examinados mediante dos dispositivos de OCT-SS: Anterion (Heidelberg) y Triton (Topcon) en las mismas condiciones. El corte 0-180° de ambos dispositivos fue examinado y el glistening, observado como puntos hiperreflectivos (HRF) en el interior de la LIO, contabilizado manualmente. Se midieron el número total de HRF así como el grado de glistening categorizado en 4 grupos: 0 (≤ 5 puntos), 1 (6-15 puntos), 2 (16-30 puntos) y 3 (>30 puntos). Se analizó la concordancia entre ambos dispositivos mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI) y el intervalo de confianza al 95% (IC95).

Resultados: La edad media fue de $75 \pm XX$ años (53-94 años), siendo 21 hombres y 40 mujeres. El número total de HRF fue de 14 ± 27 (rango 0 a 176) mediante Triton y de 17 ± 33 (0 a 226) mediante Anterion, no existiendo diferencias significativas entre ambos dispositivos ($p=0,518$). En relación al grado de glistening fue de $0,83 \pm 1,11$ (0 a 3) con Triton y de $1,22 \pm 1,25$ (0 a 3) con Anterion, existiendo diferencias significativas ($p=0,015$). Existió una mejor concordancia en el número total de HRF siendo ICC= 0,771 (IC95: 0,678 a 0,841) que para el grado de glistening (ICC= 0,632; IC95: 0,506 a 0,731).

Conclusión: Es posible detectar y cuantificar la presencia de glistening en las LIO mediante dos dispositivos diferentes de OCT-SS. No existieron diferencias en el número total de HRF, pero sí en la categorización del glistening, observándose una concordancia moderada entre los dispositivos Anterion y Triton.

CPC-177

AUMENTO DE LA INCIDENCIA DE CONJUNTIVITIS DE TRANSMISIÓN SEXUAL A NIVEL NACIONAL. CHLAMYDIA Y GONOCOCO

Carlos Campo Beamud, Antonio Adán Ruiz, Jesús Bastante Quijano, Victoria Hernando Sebastián, Francisco Javier Gómez Romero, Elvira Díaz Fernández

Introducción: La incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) está aumentando en los últimos años; siendo las infecciones por Chlamydia y Gonococo las más frecuentes a nivel mundial. Este hecho, parece estar vinculado al aumento de las conjuntivitis por transmisión sexual. El objetivo de este estudio es explorar la incidencia de ITS y su posible relación con este tipo de conjuntivitis, describiendo edad y sexo de los casos.

Materia y Método: Análisis retrospectivo descriptivo de los casos de conjuntivitis por C. Trachomatis (conjuntivitis de inclusión – CI) y gonococia (CG); entre los casos de infección por C. Trachomatis y gonococia notificados por las comunidades autónomas a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) durante los últimos 6 años. Se utilizó comparación de proporciones para estimar diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre el primer y último año de estudio.

Resultados: Del total de casos de C. Trachomatis ($n=102.428$) y de Gonococo ($n=79.791$), se notificaron 12 casos de CI [41,6% (5) en hombres] presentándose más de la mitad de los casos en 2022 (7) y 8 de GC (50% (4) en hombres), siendo la mayoría (5) en 2022. No se encontraron diferencias significativas entre sexos. La edad mediana de presentación fue de 26 para CI y 28 para CG.

Las tasas anuales por cada 10.000 habitantes desde 2017 a 2022 fueron: Chlamydia (2,46, 3,24, 4,32, 3,66, 5,13 y 6,57) siendo este aumento significativo ($p < 0,05$). Para CI (0, 0, 0,57, 1,36, 0,97 y 2,64). En Gonococo (1,82, 2,42, 2,74, 2,15, 3,20 y 4,98), siendo significativo ($p < 0,05$). Para CG fue de 1,21, 0, 0, 1, 0,68 y 2,15.

Discusión: Los datos muestran un aumento importante de las infecciones causadas por Chlamydia y Gonococo, produciéndose a su vez un aumento de CI y de CG. A pesar de que el número de casos con conjuntivitis sigue siendo bajo, cada año son más frecuentes; por lo que conviene tenerlas presentes en el diagnóstico diferencial de personas jóvenes debido a las repercusiones oftalmológicas que pueden presentar.

CPC-178

INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA EN LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y COMO ASISTENTE DIAGNÓSTICO EN LA CONSULTA OFTALMOLÓGICA

Elío Díez-Feijóo Varela, Jesús Costa Vila, Elena Bonafonte Márquez, Sergio Bonafonte Royo

Propósito: Demostrar las capacidades actuales de la inteligencia artificial generativa en la comunicación entre oftalmólogo e historia clínica del paciente. Demostrar las capacidades de esta tecnología como asistente en el diagnóstico clínico a partir de una exploración oftalmológica.

Método: Hemos creado para ello nuestro propio programa de gestión de historia clínica y visita oftalmológica capacitado con los últimos avances en inteligencia artificial generativa y lo hemos probado durante 1 año tanto con historia clínica anonimizada como en casos reales de uso.

Resultados: En este panel se pueden observar a partir de ejemplos la velocidad real y calidad de las respuestas obtenidas al comunicarnos con la historia clínica del paciente. También la velocidad y la calidad de las respuestas de esta tecnología para proponer diagnósticos diferenciales a partir de exploraciones oftalmológicas a partir de varios ejemplos.

Conclusiones: La aplicación de esta tecnología es ya una realidad que puede suponer un gran avance en la eficacia, eficiencia y seguridad del proceso de consulta clínica. El oftalmólogo debe conocer esta tecnología, reflexionar sobre sus beneficios y sus riesgos, y participar en el desarrollo y aplicación de ella en nuestra práctica clínica.

CPC-179

TELEOFTALMOLOGÍA PARA LA ELIMINACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS EN UN ÁREA DE SALUD

Fernando González del Valle, Jesús Javier Castellanos Monedero, Esperanza López Mondéjar, Javier Celis Sánchez, José Manuel Zarco Tejada, Lucas Salcedo Jodar

Propósito: Validar la eficacia de un programa de telemedicina en la atención oftalmológica universal de un área de salud. Determinar si puede mejorar la accesibilidad de la población, reduciendo las listas de espera y clasificando la patología oftalmológica por categorías de gravedad.

Método: Se llevó a cabo un estudio prospectivo (enero-abril 2024) en una región de salud (130.540 habitantes). Mediante teleoftalmología se atendió a todos los pacientes en lista de espera a partir de 3 años de edad. Se capacitó al personal de enfermería para realizar exploraciones visuales básicas y utilizar aparataje oftalmológico estándar automatizado (incluyendo tomografía de coherencia óptica anterior y posterior). Se validaron las exploraciones por parte de oftalmólogos. Se recopilaban datos sobre el número de pacientes atendidos, la clasificación de la patología oftalmológica y los tiempos de espera antes y después del programa.

Resultados: Se observó una reducción sustancial en las listas de espera, pasando de tener 5520 pacientes al inicio, a 4 pacientes al final (99,93%), reduciendo la demora media de 200 a 11 días (94,5%). Sólo el 66% de la población atendida precisó atención oftalmológica presencial. Se detectó que un 16% de la población en espera precisaba atención oftalmológica preferente o urgente.

Conclusiones: El programa de teleoftalmología para atender de forma universal a la población demostró ser muy eficaz en la reducción de los tiempos y listas de espera. La capacitación del personal de enfermería y la validación de los resultados por especialistas permitieron una clasificación precisa y rápida de las patologías oftalmológicas, con un impacto significativo en la eficiencia y accesibilidad al sistema de salud. Este estudio, inédito en Oftalmología, podría marcar un hito para mejorar la asistencia oftalmológica en grandes poblaciones, ahorrando recursos económicos y profesionales y permitiendo una atención precoz de las patologías oculares preferentes o urgentes.

CPC-180

ÉXITO Y FRACASO EN LA CIRUGÍA DE PTERIGIUM, ESTUDIO RETROSPECTIVO DE DOS AÑOS

Ana Jiménez Alonso, Leire Olazarán Gamboa, Nerea Gangoitia Gorrotxategui, Iñigo Salmerón Garmendia, Ane Galarza López, Beatriz Elso Echeverría

Propósito: Estudiar la tasa de recidiva en pacientes intervenidos de pterigium. Establecer los factores de riesgo para la recidiva.

Método: Se realizó un estudio epidemiológico, observacional y retrospectivo de dos años de duración en 415 pacientes intervenidos de pterigium mediante la técnica de exéresis + autoinjerto conjuntival. Se evaluaron datos epidemiológicos y clínicos.

Resultados: El 54% de la muestra fueron mujeres. La mediana de edad fue de 48 años. Un 6.2% de pacientes fueron intervenidos de ambos ojos en el periodo del estudio. El 95% de los pterigium intervenidos eran de localización nasal. Un 4.8% de la muestra sufrió complicaciones postoperatorias, excluyendo la recidiva, entre ellas: granulomas, hipertensión ocular, dehiscencia del autoinjerto... el 25% precisó cirugía para su resolución. Recidivaron 9 pacientes, un 2% del total. No se realizaron revisiones al 8% de la muestra por absentismo en las citas. La mediana de edad de los casos recidivados no fue inferior a la de la población, las recidivas se dieron entre los meses de Enero y Junio. Se observa una relación directa entre los pterigium catalogados como hiperémicos, carnosos y vascularizados con los casos recidivados. 3 de ellos se volvieron a reintervenir, implementando en el postoperatorio pautas más largas de corticoide y ciclosporina tópicos. Se remitieron a Anatomía Patológica muestras de 5 pacientes, con resultado histopatológico anodino.

Conclusiones: La cirugía gold standard de pterigium; exéresis + autoinjerto conjuntival resulta exitosa en un 90% de nuestros pacientes. Sólo se remitieron un 1.2% de muestras para análisis anatomopatológico. Las recidivas no acontecieron de forma más frecuente en los menores de 45 años ni en los meses de verano. Existe una relación entre el riesgo de recidiva y las características anatómicas del pterigium: engrosamiento, vascularización y tamaño. Pautas de tratamiento prolongadas pueden ser interesantes en aquellos casos con riesgo de recidiva.

CPC-181

LA IMPORTANCIA DEL BLOQUEO INFRAORBITARIO EN CIRUGÍA OCULOPLÁSTICA

M.^a de los Reyes Retamero Sánchez, Francisca Sonia Díaz Calvo, M.^a Victoria Navarro Abellán, Carmen Miquel López, M.^a Camila, Yane Gauffin, Javier Martínez Soria

Objetivo: Estudio sistemático del bloqueo del nervio infraorbitario para después evaluar la diferencia de dolor percibido por el paciente cuando no infiltramos con anestesia el nervio infraorbitario vs. Cuando lo infiltramos en una cirugía de párpados.

Material y métodos: Revisión sistemática PubMed «infraorbital nerve block» 234 resultados de los cuales seleccionamos los que estaban en relación con la cirugía de párpados.

Discusión: Los bloqueos del nervio infraorbitario son bien conocidos en su aplicación ORL y maxilofacial, donde su uso es rutinario. En esta revisión valoramos el beneficio de este bloqueo en cirugías oftalmológicas, con finalidades médicas o estéticas, en las que podemos aprovechar este tipo de anestesia en nuestro favor. En los estudios destaca, en comparación con la anestesia local subcutánea, la menor necesidad de anestesia local, menos pinchazos, menos diseminación de células, menos distorsión de tejidos, adecuado control del dolor.

Conclusiones: Podemos apoyarnos en el bloqueo del nervio infraorbitario como anestesia local en cirugía de párpados, consiguiendo menor necesidad de anestesia local subcutánea y manteniendo el control del dolor.

Nivel de evidencia: revisión sistemática.

CPC-182

PRIMERAS CIRUGÍAS MIGS CON IMPLANTE DE ISTENT INJECT. ¿EXISTE UNA CURVA DE APRENDIZAJE?

Esther Arranz Márquez, Alicia Santana Jiménez

Propósito: Evaluar el resultado quirúrgico de los primeros casos de implantación de iStent Inject W® cuando se combina con cirugía de catarata.

Métodos: Se trata de un estudio longitudinal unicéntrico retrospectivo. Se revisó la historia clínica de aquellos casos con hipertensión ocular (HTO) y glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA) que recibieron iStent Inject W® entre noviembre de 2022 y noviembre de 2023. Fueron implantados por un único cirujano sin experiencia en cirugía angular. Las variables recogidas fueron: tonometría de aplanación Goldmann (PIO), número de medicamentos para el glaucoma y complicaciones intraoperatorias y postoperatorias.

Resultados: Se incluyeron para el análisis un total de 13 ojos (13 pacientes). La mediana de edad fue 77 años (18-83 años). El GPAA representó el 69,23% (9 casos), la HTO el 23,1% (3 casos) y el glaucoma uveítico el 7,7% (1 caso). La PIO preoperatoria mediana fue de 14 mmHg (10-34 mmHg) con una mediana de fármacos para el glaucoma de 2 (0-4 fármacos). A las 6 semanas postoperatorias, la PIO mediana fue de 14 mmHg (9-28 mmHg) y la mediana del número de medicamentos para el glaucoma fue 0 (0-3 medicamentos). Ambos parámetros se redujeron significativamente con respecto a los valores iniciales (prueba de Wilcoxon, $p < 0,05$).

En todos los pacientes se pudieron implantar los dos stents precargados. Hubo dos casos de importante pero autolimitado sangrado en cámara anterior al final de la cirugía, sin complicaciones en el postoperatorio. A las 6 semanas postoperatorias, no se encontraron diferencias significativas en la reducción de PIO entre los seis primeros casos operados y los seis últimos (test de Mann Whitney, $p < 0,05$).

Conclusiones: Independientemente de la experiencia del cirujano, iStent Inject W® es eficaz para disminuir tanto la PIO como el número de medicamentos necesarios para mantenerla. La implantación de iStent Inject tiene un alto perfil de seguridad casi sin curva de aprendizaje.

CPC-183

CAMBIOS EN LOS PARÁMETROS VASCULARES PERIPAPILARES MEDIANTE ANGIO-OCT EN EL GLAUCOMA UVEÍTICO

Lara Borrego Sanz, Laura Morales Fernández, Federico Sáenz-Francés San Baldomero, Rosalía Méndez Fernández, José M.^a Martínez de la Casa, Julián García Feijoo

Objetivo: Evaluar las diferencias en los parámetros vasculares peripapilares empleando angiografía por tomografía de coherencia óptica (OCT-A) en pacientes con glaucoma uveítico (GU), glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA) y sujetos sanos.

Material y método: Se incluyeron 30 pacientes con GU, 30 con GPAA y 30 sujetos sanos. Se realizó una exploración oftalmológica completa a todos los pacientes (sólo se incluyó un ojo por paciente) y se llevó a cabo OCT-A peripapilar mediante AngioplexTM (Cirrus HD-OCT 5000) con un escáner de nervio óptico de 4,5x4,5mm. Se recogieron los datos del plexo vascular superficial por cuadrantes y globales y se compararon entre grupos.

Resultados: El grupo GU y GPAA fueron comparables en DM (4,40+1,09dB vs. 4,98+0,91dB; p=0,688) y comparables en los resultados del promedio de CFNRcp (79,48+3,04micras vs. 74,10+2,27micras; p=0,153) y por sectores (p>0,068). Todos ellos, fueron inferiores en comparación con el grupo de sanos (p<0,001). Todas las medidas vasculares peripapilares de perfusión y flujo, global y cuadrantes estaban reducidas en el grupo GU frente al grupo de sanos (todos p<0,038), sin embargo, los valores de flujo (global y por cuadrantes fueron inferiores en el grupo GPAA así como la perfusión peripapilar en el sector inferior fue inferior en el grupo GPAA (p<0,023).

Conclusión: Existe una reducción en los parámetros vasculares peripapilares en los pacientes con GU y GPAA en comparación con sujetos sanos. Sin embargo los pacientes con GPAA presentaron una reducción de flujo superior respecto a los GU, tanto global como por sectores así como una mayor reducción de perfusión en el sector inferior.

CPC-184

ANÁLISIS DE COMPARABILIDAD DEL TONÓMETRO DE NO CONTACTO HNT-1P HUVITZ PARA LA MEDICIÓN DE PRESIÓN INTRAOCULAR

Alicia Cárceles Montoya, Carlos Enrique Monera Lucas, Claudia Patricia Tarazona Jaimes, Alejandro Moya Martínez, Daniel Romero Valero, José Juan Martínez Toldos

Propósito: Evaluar la validez diagnóstica del tonómetro de no contacto HNT-1P (Huvitz) para medición de presión intraocular (PIO) en pacientes con ojos sanos frente al tonómetro de aplanación de Goldmann (GAT), Gold Standard. El objetivo principal fue valorar la repetibilidad del tonómetro HNT-1P respecto GAT. Como objetivo secundario se estudió la repetibilidad de HNT-1P frente a iCare (ICR) y de ICR frente a GAT.

Método: Se realizó un estudio con diseño transversal para validación de prueba diagnóstica con 148 ojos de 74 pacientes sanos seleccionados por muestreo consecutivo en la práctica clínica habitual. Realizamos 3 mediciones de PIO en cada ojo con 3 tonómetros: el tonómetro de aire HNT-1P (Huvitz), el tonómetro de aplanación de Goldmann (GAT) e iCare 100 (ICR) de rebote por inducción. Con las cifras de PIO obtenidas por cada tonómetro se calculó la media y mediana de la PIO (cuartiles) para cada uno de los dispositivos, y se compararon las diferencias en los valores de media y mediana de PIO para tres grupos: GAT-HNT, GAT-ICR y HNT-ICR. También calculamos la significación estadística para cada grupo de estudio y el coeficiente de correlación de concordancia (CCC).

Resultados: La mediana de la PIO con HNT-1P fue significativamente más baja que la mediana de la PIO con GAT (1.1 mmHg, $p < 0.001$). La mediana de la PIO con HNT-1P también fue más baja que la mediana de la PIO con ICR100 ($p < 0.001$). Como resultado adicional, la mediana de la PIO con GAT fue más baja que la mediana de la PIO con ICR ($p < 0.001$). El CCC fue moderado para HNT-ICR (0.72) y bajo para GAT-HNT y GAT-ICR (0.43 y 0.38, respectivamente).

Conclusiones: HNT-1P (Huvitz) proporciona valores de PIO más bajos que los obtenidos con GAT de forma estadísticamente significativa, no son comparables según nuestro estudio. Se podría valorar el empleo de HNT-1P para medición de PIO en ciertos pacientes, teniendo en cuenta que el valor obtenido con HNT-1P debe confirmarse con GAT.

CPC-185

CIRUGÍA DE CATARATA VERSUS CIRUGÍA DE CATARATA CON IMPLANTE TRABECULAR ISTENT® W INJECT EN EL GLAUCOMA PRIMARIO DE ÁNGULO CERRADO (GPAC) APOSICIONAL. RESULTADOS A UN AÑO

Marta Cerdá Ibáñez, M.^a José Roig Revert, Isabel Fambuena Muedra, José Miguel Vilaplana Mora, Cristina Peris Martínez

Propósito: Comparar los resultados de la presión intraocular (PIO) y del número de fármacos hipotensores en pacientes con glaucoma crónico por cierre angular aposicional en estadio leve-moderado tras la cirugía de facoemulsificación (faco-solo) versus facoemulsificación asociada a la implantación de 2 stents trabeculares iStent® W inject (faco + istent).

Método: Estudio de cohortes retrospectivo en el que participaron 30 pacientes con GPAC aposicional divididos en dos grupos (faco-solo y faco-istent). Las cirugías fueron realizadas por la misma cirujana. Se determinó el número de fármacos y el valor de la PIO basal, al mes, a los 6 meses y a los 12 meses tras la cirugía.

Resultado: La PIO basal media en el grupo faco-solo era 17,57 mmHg y en el grupo faco-istent era de 17,50 mmHg, sin presentar diferencias estadísticamente significativas. El número de principios activos era de 2,29 en el grupo de faco-solo respecto a 2,26 principios activos en el grupo faco-istent. La bajada tensional al mes no presentó cambios significativos en ningún grupo, sin embargo existe una PIO más baja de forma estadísticamente significativa en el grupo en el que se realizó faco-istent a los 6 y a los 12 meses de la cirugía respecto al grupo en el que solo se realizó la cirugía de catarata ($p= 0,024$ a los 6 meses y $p= 0,018$ a los 12 meses). El número de principios activos fue menor a los 12 meses en el grupo faco-istent.

Conclusiones: Los resultados de este estudio demuestran que existe una mayor eficacia en la bajada tensional en los pacientes con GPAC si la facoemulsificación se acompaña de una cirugía trabecular en casos en los que existe un cierre aposicional. La bajada tensional es más evidente de forma estadísticamente significativa a los 6 y a los 12 meses, lo que podría indicar que el restablecimiento de la vía de drenaje convencional es un proceso progresivo y continuo.

CPC-186

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA PERFUSIÓN DEL NERVIÓ ÓPTICO EN PACIENTES HIPERTENSOS OCULARES Y GLAUCOMATOSOS MEDIANTE EL USO DE ANGIO-OCT

Olga González Velasco, Irene Varela Martínez, Ramón Bringas Calvo

Propósito: Evaluar y comparar la perfusión vascular del nervio óptico obtenida mediante angiografía por tomografía de coherencia óptica (angio-OCT) en ojos de pacientes con hipertensión ocular (HTO) o con glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA) para dilucidar si los cambios vasculares son causa o consecuencia de los cambios glaucomatosos.

Método: Se realizó un estudio transversal y prospectivo con pacientes con HTO o GPAA diagnosticados en el Servicio de Oftalmología. Se midió la densidad vascular (DV) peripapilar y sectorial del nervio óptico mediante angio-OCT y los parámetros estructurales (espesor de la capa de fibras nerviosas retinianas, CFNR) usando la OCT. El estudio se llevó a cabo de conformidad con todas las leyes y normativas éticas aplicables.

Resultados: Se incluyeron un total de 62 ojos (31 con GPAA y 31 con HTO). La DV peripapilar en los ojos glaucomatosos fue significativamente inferior que en los ojos con HTO (GPAA: 42,71, HTO: 44,90) al igual que lo fue el espesor de la CFNR (GPAA: 73,03, HTO: 89,32). Además se obtuvo una correlación positiva estadísticamente significativa entre la DV y el espesor de la CFNR a nivel peripapilar ($r = 0,667$, $p \leq 0,001$) analizando conjuntamente ambos grupos de pacientes y también en el grupo de los pacientes con GPAA ($r = 0,664$, $p \leq 0,001$).

Conclusiones: Los resultados de este estudio sugieren que el descenso de la perfusión vascular puede ser una consecuencia de las alteraciones estructurales en el GPAA, que producen un descenso del aporte sanguíneo.

CPC-187

ANTERIORIZACIÓN DE LA LÁMINA CRIBOSA TRAS CIRUGÍA DE IMPLANTE PRESERFLO

Laura Morales Fernández, Ainhoa Colina Jareño, Julián García Feijoo

Objetivo: Analizar la posible anteriorización de la lámina cribosa tras cirugía de glaucoma con implante Preserflo empleando OCT (tomografía de coherencia óptica) Spectralis.

Material y método: Observacional, prospectivo. Se incluyeron un total de 13 pacientes con indicación de cirugía de glaucoma con implante Preserflo (cirugía aislada). Se recogieron las variables clínicas y se realizó antes de la cirugía y 1 mes post cirugía: medida de la presión intraocular (PIO), análisis de la profundidad de la lámina cribosa (LC) y área de la excavación de la papila (E/P) mediante OCT Spectralis (realizando scans horizontales y verticales empleando un cubo de 25 líneas) mediante modo «follow up». Se evaluaron las diferencias antes y después de la cirugía y la correlación de las distintas variables.

Resultados: Se intervinieron 13 ojos (9 con GPAA, 1 psx, 3 g. pigmentario y un glaucoma miópico) con una PIO previa de 20,28 DE 6,53 y postcirugía 10,15 DE 3,80 ($p < 0,001$). Se observaron cambios significativos pre y post cirugía: en la profundidad de lámina (501,60 DE 237,74 micras vs. 435,80 DE 288,65 micras; $p = 0,009$) y en el área de la E/P (0,40 DE 0,25 vs. 0,34 DE 0,23; $p = 0,011$). No se observó correlación entre PIO y profundidad de la lámina ($r = -0,18$; $p = 0,453$) ni con el área E/P ($r = -0,23$; $p = 0,341$).

Conclusión: Se ha objetivado una anteriorización de la lámina cribosa tras la cirugía de glaucoma mediante implante Preserflo, sin embargo no se ha demostrado una correlación de la misma con los cambios en la presión intraocular.

CPC-188

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL USO DE DURAGEN® EN EPNP

Jhon Jarold Reyes Muñoz, Mayerling Mercedes Suriano, Francisco José Ramos Martí

Propósito: Describir los resultados postoperatorios obtenidos en las cirugías de Esclerectomía Profunda No Perforante (EPNP) con implante de Esnoper donde agregamos DuraGen® subescleral y subconjuntival.

Método: Se realizó un estudio serie de casos retrospectivo, de 3 ojos de 3 pacientes con glaucoma en tratamiento médico máximo, a los que se les realizó EPNP con Esnoper® y DuraGen®.

Resultados: Según el tipo de glaucoma, dos eran primarios de ángulo abierto y uno pseudoexfoliativo. El paciente 1 (P1) fue tratado con EPNP mientras que los pacientes 2 (P2) y 3 (P3) con EPNP más facoemulsificación e inserción de lente intraocular (FACO-LIO), todas realizadas por el mismo cirujano. La media de la PIO preoperatoria fue de 22.6 ± 5.8 mmHg todos con 4 principios activos. Tras la 1ª semana postquirúrgica, los P1 y P3 presentaban PIO de 13 y 7 mmHg respectivamente sin tratamiento médico antiglaucomatoso, mientras que el P2 presentaba PIO de 30 mmHg con 2 principios activos. En el 1º mes, el P1 presentaba PIO de 23 mmHg con dos principios activos que requirió realizar goniopunción, obteniendo una disminución de la PIO a 12 mmHg; el P2 también requirió este procedimiento a los 15 días postcirugía con disminución de la PIO de 30 a 10 mmHg; el P3 presentaba PIO de 12 mmHg sin tratamiento. Finalmente al 3º mes, los tres pacientes tenían una PIO media de 14.6 ± 2.5 mmHg, sólo el P1 estaba en tratamiento con dos medicamentos antiglaucomatosos. En el postoperatorio inmediato todos presentaban una ampolla de filtración difusa no hiperémica grado 3, que al 3º mes de seguimiento pasó a ser grado 2 difusa y sin hiperemia. La agudeza visual preoperatoria mejoró de P1: 0.2, P2: 0.4 y P3: PL (percepción de luz) a 0.3, 0.7 y 0.05 respectivamente al 3º mes. No hubo ninguna complicación.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el uso de DuraGen® en la EPNP con Esnoper® es seguro y contribuye al mantenimiento de la funcionalidad de la ampolla de filtración.

CPC-189

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LAS APOPLEJÍAS HIPOFISARIAS: SERIE DE CASOS

Amaia de Madariaga Azcuénaga, José Alberto Reche Sainz, Adrián Lodaes Gómez, Elena Puertas Martínez

Propósito: Analizar las características clínicas y epidemiológicas, el manejo y los resultados visuales de pacientes con diagnóstico de apoplejía hipofisaria (AH).

Método: Se realizó un estudio retrospectivo de 18 casos diagnosticados de AH desde el año 2014 a 2024. Se recogieron los datos epidemiológicos, los antecedentes, la clínica inicial, el tipo de tumor, el tratamiento y los resultados visuales post-quirúrgicos.

Resultados: 11 eran varones. La edad media fue de 57,6 con un rango entre 27 y 80 años. El síntoma inicial más frecuente fue la cefalea intensa de aparición brusca (72%). El 67% de los tumores eran no funcionantes. El 94% de los casos fueron intervenidos quirúrgicamente y solo 1 fue susceptible de manejo conservador. La agudeza visual disminuyó en 11 pacientes (61%) y, de estos, se mantuvo estable el 44% de los casos, mejoró el 11% y empeoró el 22%. La diplopía estaba presente en 4 pacientes (33%) y sólo mejoraron 2 de ellos. Se observaron alteraciones campimétricas en todos los pacientes, con mejoría en el 27% de los casos, empeoramiento en el 22%, y no hubo cambios en el resto. En la tomografía de coherencia óptica, el hallazgo más característico fue la alteración del grosor de la capa de fibras nerviosas peripapilares, presente en el 40% de los pacientes, en concreto un adelgazamiento que no sufrió cambios postquirúrgicos, salvo en 1 caso hacia la atrofia.

Conclusiones: La AH fue más frecuente en varones de edad media, siendo la cefalea de aparición brusca el síntoma inicial más habitual. Campimétricamente, todos los casos estaban afectados, con una mejoría postoperatoria del 27%. Es llamativa la poca incidencia de diplopía en esta serie.

CPC-190

DESPISTAJE PRECOZ DE TOXICIDAD ÓPTICA POR ETAMBUTOL

Diego Fernández Velasco, Claudia Hernández-Barahona Monleón, Javier José Bermúdez Cervilla, Inés Munuera Rufas, Ana Pueyo Bestué, M.^a Jesús Sanjuán

Propósito: Evaluar los cambios funcionales y estructurales neurorretinianos en pacientes que reciben tratamiento antituberculoso, para un despistaje precoz de toxicidad ocular.

Método: Se realizó un examen oftalmológico protocolizado de visitas periódicas bimensuales durante un año, consistente en medida de agudeza visual (AV), análisis estructural mediante tomografía de coherencia óptica con segmentación retiniana y exploración funcional mediante electroretinograma multifocal (ERGmf) y potenciales evocados visuales (PEV). Se analizaron como potenciales parámetros implicados el sexo, la polimedicación y una duración del tratamiento mayor a 6 meses.

Resultados: En un total de 18 pacientes (50% hombres) en tratamiento antituberculoso con etambutol, la AV se mantuvo estable ($>0,8$), el espesor neurorretiniano disminuyó hasta la mitad del seguimiento con un cambio de tendencia posterior, en cambio los ERGmf y PEV mostraron un aumento de amplitud hasta tiempos intermedios con disminución final. Los hombres mostraron un mayor espesor neurorretiniano, latencias alargadas y menor amplitud en ambas pruebas funcionales. El tratamiento en combinación con isoniacida aumentó el espesor retiniano central ($69,75 \pm 13,66$ vs $58,00 \pm 11,15$ μm , $p=0,001$) y alteró significativamente las capas externas frente a otras combinaciones de medicamentos. Tras más de 6 meses de tratamiento disminuyó el espesor de la capa de células ganglionares ($40,25 \pm 6,17$ vs $38,27 \pm 4,69$ μm) y capa plexiforme externa ($27,03 \pm 5,63$ vs $24,85 \pm 5,61$); sin embargo, incrementó el espesor global de la retina ($324,52 \pm 22,48$ vs $330,38 \pm 18,81$ μm), capa nuclear interna ($40,52 \pm 5,30$ vs $42,85 \pm 5,54$ μm) y externa ($89,66 \pm 11,64$ vs $94,73 \pm 9,20$ μm), todas $p < 0,05$.

Conclusiones: La toxicidad por etambutol se puede detectar de forma precoz con un análisis estructural y funcional de la retina. Tras análisis comparativos, se observa mayor susceptibilidad en el sexo masculino, la combinación con isoniacida y más de 6 meses de tratamiento.

CPC-191

SOSTENIBILIDAD EN EL QUIRÓFANO. ¿CUÁNTOS DESECHOS GENERAMOS EN LA CIRUGÍA DE ESTRABISMO?

Carlos Narvárez Palazón, Ana Flores Caballero, Elena Alonso del Rey, Patricia Izquierdo Delgado

Introducción: Nuestra práctica clínica y quirúrgica tiene un impacto ambiental directo. Son múltiples los estudios que han cuantificado las emisiones y desechos generados en la actividad quirúrgica oftalmológica en la cirugía de catarata y en otras cirugías. Aunque la cirugía extraocular genera menos desechos que la intraocular, no tenemos datos específicos sobre cirugía de estrabismo.

Propósito: Cuantificar los desechos generados, así como la huella de carbono, de la cirugía de estrabismo.

Material y Métodos: Se estimaron las emisiones derivadas de la cirugía con la herramienta SCOPECO2 y se cuantificaron los desechos generados en cada cirugía. Los desechos quirúrgicos se dividieron en cuatro grupos. Se recogieron los datos de un total de 6 cirugías de estrabismo y se registró el tiempo de cirugía, el número de músculos operados y la edad de los pacientes.

Resultados: La media de desechos generados fue de 1,5 kg por cirugía de estrabismo, de los cuales la mayor parte correspondieron a embalajes.

Conclusión: La actividad quirúrgica tiene un impacto ambiental cuantificable. Los oftalmólogos y todo el personal sanitario tenemos la responsabilidad de avanzar hacia una medicina con el menor impacto ambiental posible.

CPC-192

APRAXIA OCULOMOTORA CONGÉNITA. DESCRIPCIÓN DE 3 CASOS

María Chamorro González-Cuevas, Julio Rafael Ruiz Batres, Pilar Merino Sanz, Pilar Gómez de Liaño Sánchez, Ariana Fuentes Zamora, Raquel Rodrigo Fernández

Propósito: Describir las características clínicas de una muestra de sujetos diagnosticados de síndrome apraxia oculomotora congénita en la consulta de Motilidad Ocular de un hospital terciario entre los años 2004 y 2023.

Método: Estudio retrospectivo descriptivo de 3 casos. Se analizaron: motilidad ocular extrínseca (MOE), AV, movimientos sacádicos y cefálicos, tortícolis, biomicroscopía, fondo de ojo, exploración neurológica y pruebas de imagen, neurofisiológicas y analíticas.

Resultados: La edad media fue 7,11 años (2 mujeres). Dos pacientes presentaban retraso psicomotor y otro estaba diagnosticado de déficit de atención. En uno de los casos se realizó cirugía de retroinserción de recto lateral derecho con debilitamiento de oblicuos superiores en otro centro. Todos los pacientes presentaban sacudidas cefálicas. En uno de los tres casos existía una alteración de la MOE con exotropía, patrón en V y desviación vertical disociada. Dos pacientes cursaban con insuficiencia de convergencia y tortícolis cabeza hombro izquierdo. La exploración en lámpara de hendidura y el fondo de ojo fue normal en todos ellos. La agudeza visual solamente pudo valorarse en dos pacientes, siendo ésta de 20/20 en uno y de 20/25 en otro, debido a que el tercer caso estaba en edad preverbal y la prueba de Teller no es válida en estos casos.

Conclusiones: La apraxia oculomotora congénita es una enfermedad rara en la cual existe una imposibilidad de iniciación de movimientos sacádicos en el plano horizontal. Para compensar el déficit los pacientes desarrollan sacudidas cefálicas laterales. Deben descartarse otras causas de defectos de fijación y movimientos cefálicos y oculares anómalos, incluyendo pruebas electrofisiológicas y de neuroimagen.

CPC-193

EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO MÉDICO CON ATROPINA PARA EL CONTROL DE LA MIOPIA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Laura Rosa Gil Amado, Ignacio Cañas Zamorra, Paula Aporta Franco

Propósito: La miopía supone un problema de salud global, estimando que en 2050 el 50% de la población tendrá miopía. No existen protocolos para su control en edad pediátrica.

El objetivo de este estudio es comprobar la eficacia del tratamiento con atropina para disminuir la progresión de la miopía.

Método: Estudio observacional retrospectivo de 37 pacientes miopes de nuestro centro con seguimiento a 2 años, 26 de ellos fueron tratados con atropina, el resto se analizaron como controles.

Resultados: Se objetivan mujeres en el 61,54% de los casos y 54,55% controles, con antecedentes familiares de miopía el 57,69% de los casos y 54,55% controles. La edad media al inicio del tratamiento es de 7,88 años en los casos (5-12) y 7,00 (5-9) en controles. 11,5% miopía alta, 7,7% efectos secundarios (3,8% cefalea y 3,8 % midriasis) y 7,7% mala adherencia al tratamiento. No diferencias significativas en las revisiones durante el seguimiento ($p>0.05$). Se excluye la comparación con controles por la baja muestra.

Conclusiones: El uso de atropina diluida al 0,01% disminuye la progresión de la miopía.

CPC-194

ESTUDIO DE TORSIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SAGGING EYE SYNDROME

Elena Hernández García, Elena Piedrahita Alonso, Alicia Ruiz Pomedá, Paula Talavero González, Blanca Domingo Gordo, M.^a Rosario Gómez de Liaño Sánchez

Objetivos: Evaluar la concordancia y repetibilidad de los métodos objetivos y subjetivos para medir la torsión ocular en pacientes con Sagging Eye Syndrome (SES), así como analizar el impacto de la diplopía en la calidad de vida.

Metodología: Estudio descriptivo transversal en una muestra de 59 pacientes. Se examinó la visión binocular, motilidad ocular y diferentes medidas palpebrales. Se midió la torsión ocular subjetiva con el método de la doble varilla de Maddox, y objetiva mediante el método AFD (Ángulo fóvea-disco óptico, retinógrafo Eidon) y el método FoDi (tomógrafo SD-OCT Spectralis). Se realizaron el cuestionario de diplopía y el cuestionario AS-20 de calidad de vida. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables y se estudió la repetibilidad y concordancia de cada método.

Resultados: La edad media de la muestra fue de $82,63 \pm 5,77$ años y el 68,8% fueron mujeres. La repetibilidad fue mejor con el método AFD (ICC OD=0,92; ICC OI=0,87) que con el método FoDi (ICC OD=0,90; ICC OI=0,77). Se obtuvieron valores de exciclotorsión mayores en el ojo izquierdo (OI) en ambos métodos (p -valor $<0,001$). Se obtuvo una concordancia entre métodos buena en el caso del ojo derecho (OD) (ICC=0,85) y aceptable en el caso del OI (ICC=0,75), con una diferencia media entre métodos de $0,38 \pm 2,19^\circ$ en el OD y de $2,34 \pm 2,11^\circ$ en el OI. El impacto en la calidad de vida fue mínimo en la parte psicosocial (97,98/100) e importante en la parte funcional (70/100), y la presencia de diplopía fue moderada en las diferentes posiciones de mirada (40,09/100).

Conclusiones: Los métodos objetivos utilizados muestran una buena repetibilidad (mejor con el método AFD) y buena concordancia entre ellos (mejor con el OD). El método FoDi subestima los valores de excicloposición obtenidos respecto al método AFD. Se ha encontrado un impacto relevante de la diplopía en la parte funcional de la calidad de vida de los pacientes con SES.

CPC-195

IMPACTO DE LA CIRUGÍA DE ESTRABISMO EN EL FLUJO VASCULAR MACULAR, ANÁLISIS POR MEDIO DE ANGIO-OCT

Alfonso Andrés Iribarra Fernandois, Lucía de Pablo Gómez de Liaño, Alfonso López Alcaide, Sergio Arroyo San Víctor, Alessandro Beccia, Celia Ruiz Arranz

Propósito: Evaluar cambios en la densidad vascular (DV) posterior a cirugía de estrabismo mediante el análisis del complejo vascular superficial (CVS) y profundo (CVP) en angiografía por tomografía de coherencia óptica (OCT-a).

Método: Se analizaron 17 ojos de 12 pacientes sometidos a cirugía de estrabismo, evaluando la DV macular mediante OCT-a pre y post cirugía, al mes y 6 meses. Se capturaron imágenes de OCT-a en 15° centrados en fovea y se analizó la densidad de la vasculatura central (1 mm central) y a los 2 mm de esta en los cuadrantes superior, inferior, temporal y nasal, correspondiente a la rejilla del Early Treatment Diabetic Retinopathy Study 123 (ETDRS123) comparándose las medias de DV de cada complejo, (CVS y CVP) - precirugía frente a 1 mes y precirugía frente a 6 meses - mediante el test de Wilcoxon.

Resultados: La media de la DV central del CVS precirugía fue de $0,12 \pm 0,08$ mientras que al mes y 6 meses de esta fue de $0,11 \pm 0,05$ y $0,12 \pm 0,06$ respectivamente. En cuanto al CVP la media de la DV central fue de $0,28 \pm 0,1$ precirugía, $0,27 \pm 0,07$ al mes y $0,29 \pm 0,07$ a los 6 meses. No se encontraron diferencias significativas en la DV central en los distintos tiempos en cada complejo vascular, ni tampoco al comparar cada área a los 2 mm del centro en los diferentes tiempos respecto a la cirugía, tanto a nivel de CVS como en CVP.

Conclusiones: En este estudio no identificamos cambios significativos a nivel de la vasculatura macular tras cirugía del estrabismo como consecuencia de los cambios hemodinámicos dependientes de la interrupción del flujo sanguíneo de las arterias ciliares anteriores y su consecuente afectación y redistribución hacia el segmento posterior. A pesar de que algunos estudios similares, aunque escasos, sí han encontrado una mayor densidad vascular tras la cirugía, el desarrollo y la mayor disponibilidad de OCT-a sugieren la posibilidad de ampliar su estudio con muestras de mayor tamaño y evaluando según tipo de procedimiento realizado.

CPC-196

CORRECCIÓN DE ESTRABISMOS VERTICALES INCOMITANTES MEDIANTE RETROINSERCIÓN MÁS RESECCIÓN DEL RECTO INFERIOR

Alfonso López Alcaide, Lucía de Pablo Gómez de Liaño, Amaia de Madariaga Azcuénaga, Alfonso Andrés Iribarra Fernandois

Propósito: Los estrabismos incomitantes suponen un reto para el estrabólogo. La técnica de retroinserción-resección sobre un mismo músculo disminuye la eficacia del músculo en su campo de acción sin modificar la desviación en posición primaria (ppm), sin necesidad de colocar una sutura de fijación posterior como en la técnica de Faden. Presentamos 3 casos en los que realizamos esta técnica.

Método: Descripción de 3 casos a los que se realizó resección asociada a retroinserción sobre un músculo bajo anestesia tópica y sedación, describiendo la exploración oculomotora, la dosificación quirúrgica y los resultados postquirúrgicos obtenidos.

Resultados:

Caso 1: Mujer de 80 años con fractura de suelo orbitario izquierdo y hematoma retrobulbar traumático con limitación del descenso, diplopía de 10 dioptrías prismáticas (DP) base inferior en ojo izquierdo (OI) en infraversión, sin diplopía en otras posiciones de la mirada. Se realizó resección de 2 mm más retroinserción colgante de 3 mm de recto inferior derecho, eliminándose la diplopía.

Caso 2: Mujer de 56 años con parálisis de IV par del ojo derecho (OD) 2.^a a cirugía de pólipos nasales. Presentaba diplopía en infraversión mayor en aducción (de 12 DP base inferior OD). Sin diplopía en ppm. Se realizó resección de 2,5 mm asociado a retroinserción de 5 mm de recto inferior en OI, reduciéndose la diplopía en infraversión a 1 DP.

Caso 3: Mujer de 38 años con paresia IV par del OI con diplopía únicamente a la infradextroversion de 14DP secundaria a cirugía de meningioma clival intervenido. Se realizó resección de 3mm más retroinserción de 6 mm del recto inferior derecho, con diplopía residual en suproversión por hipertropía derecha, pero sin diplopía en ppm y en la infraversión.

Conclusiones: La técnica de retroinserción combinada con resección de un mismo músculo realizada sobre los rectos inferiores es una técnica eficaz en el tratamiento de estrabismos verticales incomitantes, que además permite el empleo de suturas ajustables.

CPC-197

QUERATOCONJUNTIVITIS ASOCIADA A DUPILUMAB EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: SERIE DE CASOS

Laura Pulido Sánchez-Carnerero, Anna Monés Llivina, Nevena Romanic Bubalo, María Calatayud Riera

Propósito: Estudio de una serie de casos pediátricos con dermatitis atópica severa o asma persistente resistentes al tratamiento habitual que requieren tratamiento con Dupilumab. Descripción de las diferentes manifestaciones oftalmológicas relacionadas con el uso del fármaco. Revisión de la literatura.

Métodos: Se reclutan pacientes derivados a Oftalmopediatría para un cribado previo al inicio del tratamiento con Dupilumab, y seguimiento durante el mismo.

Resultados: Se presentan 9 pacientes con edades comprendidas entre 4 i 15 anys en tratamiento con Dupilumab. Todos los pacientes presentaron queratoconjuntivitis alérgica en grado variable, que se controla total o parcialmente con antihistamínicos y corticoides tópicos.

Conclusiones: Es conveniente realizar una evaluación previa al inicio del tratamiento con Dupilumab y durante el mismo para detectar las distintas reacciones adversas oftalmológicas descritas en la literatura, y así poder tratarlas de manera precoz.

CPC-198

EFICACIA DE LA LUZ PULSADA INTENSA PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD DE OJO SECO ASOCIADO A LA DISFUNCIÓN DE GLÁNDULAS DE MEIBOMIO

M.^a José Roig Revert, Elena Arias García, Marta Cerdá Ibáñez, Marina Aguilar González, Cristina Peris Martínez

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de la luz pulsada intensa (IPL) combinada con expresión de las glándulas de Meibomio (EGM) en pacientes con enfermedad de ojo seco (EOS) secundaria a disfunción de glándulas de Meibomio (DGM).

Material y Método: Estudio prospectivo observacional unicentro que incluye 10 pacientes (20 ojos) en los que se realiza 3 sesiones de IPL asociada a EGM con un intervalo de 3 semanas. Los resultados medidos en la visita inicial y final fueron: mejor agudeza visual corregida (MAVC), presión intraocular (PIO), cuestionario OSDI (Ocular Surface Disease Index), el tiempo de ruptura lagrimal no invasivo (NiBUT), el porcentaje de pérdida de GM y la osmolaridad lagrimal.

Resultados: Un mes tras 3 sesiones de IPL asociada a EGM la media de NiBUT mejoró de $5,71 \pm 2,82$ a $8,66 \pm 3,93$ ($p=0,03$), la osmolaridad lagrimal disminuyó de $315,20 \pm 8,56$ a $303,95 \pm 13,74$ ($p=0,002$) y la puntuación del cuestionario OSDI disminuyó significativamente de 62,50 [52-98] a 23 [6-80] ($p=0,005$). El porcentaje de pérdida de GM sufrió mínima variación, de 45,6 [21,3-66,8] en la visita inicial se registró un valor mediano de 45,2 [3,3-61,4] en la visita final ($p=0,218$). La MAVC tampoco mostró cambios y se mantuvo en 0,95 entre la visita pre y post-tratamiento con IPL ($p=0,130$). No se reportaron efectos adversos significativos.

Conclusiones: El tratamiento con IPL asociada a EGM es seguro y eficaz en la mejoría de síntomas, calidad de la película lagrimal y osmolaridad en los pacientes con EOS asociado a DGM.

CPC-199

DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO CATASTRÓFICO EN UN PACIENTE CON PTI TRAS INTERCONSULTA A OFTALMOLOGÍA

Pablo Téllez de Grado, Miguel Ortiz Salvador, Bárbara Juan Ribelles, Andrea Hernández Soria

Propósito: La púrpura trombocitopénica inmune (PTI) es un trastorno autoinmune con trombocitopenia severa. El síndrome antifosfolipídico catastrófico (SAF catastrófico) es una variante rara del SAF, caracterizada por eventos trombóticos generalizados. Este caso destaca el papel crucial de los hallazgos oftalmológicos en el diagnóstico de SAF catastrófico en un paciente con PTI.

Resultados: Se presenta el caso de un varón de 46 años diagnosticado de PTI que consulta por pérdida de agudeza visual y escotomas, viéndose en la retinografía y OCT un cuadro florido de múltiples signos de isquemia retiniana, aguda y crónica. Ante la sospecha de SAF catastrófico, ingresa para estudio. Se biopsia una úlcera, demostrando fenómenos trombóticos. En TC cerebral también se objetivan lesiones en sustancia blanca sugestivas de origen vascular. Junto con la analítica, compatible, se establece el diagnóstico.

Conclusiones: Se destaca la importancia de una exhaustiva exploración oftalmológica en pacientes con síntomas visuales y enfermedad vascular, que en este caso reveló fenómenos arteriales isquémicos críticos e inició un estudio completo que condujo al diagnóstico precoz de SAF catastrófico, una entidad potencialmente mortal.

CPC-200

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD UTILIZANDO EL INSTRUMENTO AGREE II: UNA REVISIÓN CRÍTICA

Sebastián Cerro Clusella, Diego Castanera Gratacós, César Gala Núñez

Propósito: Identificar guías de práctica clínica con recomendaciones relativas al tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad (DMAE), y evaluar la calidad general de las guías utilizando el instrumento «Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II» (AGREE II).

Métodos: Las guías de práctica clínica se identificaron a través de un protocolo de búsqueda bibliográfica. Se incluyen bases de datos específicas de guías de práctica clínica y organismos elaboradores. Los revisores, de forma independiente y por duplicado, evaluaron la calidad de las guías utilizando el instrumento AGREE II. Los resultados se verificaron por discrepancias en el período de calibración y el resultado final se decidió por consenso. Los resultados se presentaron en tablas y se calcularon para todos los dominios del instrumento AGREE II como media (desviación estándar) y mediana (rango).

Resultados: Se incluyeron siete guías. Los puntajes promedio fueron 69,42%, 63%, 56,85%, 80,57%, 42,14% y 42,85% para los dominios de alcance y propósito, participación de las partes interesadas, rigor en la elaboración, claridad y presentación, aplicabilidad e independencia editorial, respectivamente.

Conclusiones: La calidad de las guías de práctica clínica fue moderada-alta, con las mayores deficiencias estando relacionado con la aplicabilidad y el rigor en la elaboración.

CPC-201

EVALUACIÓN DE LA ASOCIACIÓN ENTRE LA SENSIBILIDAD RETINIANA Y EL FLUIDO RETINIANO EN LA DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA CON LA EDAD NEOVASCULAR: ESTUDIO MANTRA

Juan Manuel Cubero Parra, Roberto Gallego Pinazo, Jordi Monés I Carilla, José M.^a Ruiz Moreno, Gabriela Susanna González-Bueno, José Ignacio Vela Segarra

Propósito: La introducción de técnicas como la microperimetría MAIA o la SD-OCT (Spectral Domain Optical Coherence Tomography) permiten estudiar la relación entre la sensibilidad retiniana (SR) y el fluido retiniano (FR) en pacientes con degeneración macular asociada con la edad neovascular (DMAEn) tratados con anti-angiogénicos (anti-VEGF). El objetivo del estudio fue la evaluación del impacto del FR sobre la SR en pacientes con DMAEn tras 12 meses de tratamiento.

Método: Estudio observacional, prospectivo, nacional y multicéntrico en 18 centros de España. La SR se midió con microperimetría MAIA y la presencia de fluido intrarretiniano (FIR) o subretiniano (FSR) se evaluó mediante SD-OCT. Se evaluaron los niveles basales y tras 12 y 18 meses. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables. Se realizaron análisis de correlación de Spearman para analizar la relación entre la SR y el FR. Para la comparación de SR media se utilizó una prueba de Mann-Whitney.

Resultados: En total, se analizaron los ojos de 60 pacientes, con una edad media (DE) de 75 (8) años, siendo el 60% mujeres. El 70% tenían DMAEn unilateral y 25 pacientes tenían cataratas. Tras 12 meses, no se observó una correlación entre la SR medida con MAIA y el FSR medido con SD-OCT ($p=0.388$) ni entre SR y el FIR ($p=0.092$). En cambio, se observó una correlación inversa entre la SR y el FSR y entre la SR y el FIR basales ($p<0.001$), y entre la SR y el FIR en el mes 18 ($p<0.001$). La SR media fue significativamente mayor en ausencia de FIR que en su presencia al inicio ($p=0.008$), en el mes 12 ($p=0.03$) y 18 ($p<0.001$).

Conclusiones: Los resultados indicaron una relación inversa entre la SR y el FR, concretamente entre la SR y el FIR tanto en niveles basales como tras 12 y 18 meses en pacientes con DMAEn tratados con anti-VEGF, destacando el posible papel del seguimiento y reducción del FR para mejorar el manejo de pacientes con DMAEn.

CPC-202

EFICACIA DE LA VITRECTOMÍA VÍA PARS PLANA EN EL TRATAMIENTO DE LA MEMBRANA EPIRETINIANA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Fco. Javier González García, Alicia Santana Jiménez, Ignacio Gorospe Rodríguez, Casilda González Gil

Propósito: Evaluar la eficacia de la vitrectomía vía pars plana (VPP) en el tratamiento de la membrana epirretiniana (MER) respecto a la ganancia postoperatoria de agudeza visual (AV) y cambios en la OCT.

Métodos: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivas que incluyó pacientes con MER en nuestro hospital, sometidos a VPP sola o combinada con facoemulsificación e implante de lente intraocular entre septiembre de 2020 y febrero de 2023 con un seguimiento postoperatorio de al menos 12 meses. Se analizaron resultados en AV y cambios en OCT, y se analizaron criterios pronósticos de éxito con regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes con MER primaria (72%) y secundaria (28%) en estadios I (8,8%), II (24,6%) III (40,4%) y IV (26,3%), a los que se les realizó VPP aislada (45,6%) vs faco-vitrectomía (54,4%). La mejor agudeza visual corregida (MAVC) logMAR prequirúrgica media fue de 0,51 y a los 12 meses tras la cirugía fue de 0,28 con una diferencia media estadísticamente significativa de 0,23 logMAR ($p < 0,001$), sin diferencias de ganancia media entre el grupo de MER primarias y secundarias, o entre VPP aislada y faco-vitrectomía. La reducción media en el grosor macular pre-post fue de 72,49 micras, estadísticamente significativa ($p < 0,05$). La diferencia en el grosor macular se correlacionó con la ganancia de AV de forma significativa aunque débil. Considerando éxito quirúrgico una diferencia de al menos 0,2logMAR, cerca del 70% de los pacientes intervenidos, lo obtuvieron. El parámetro que más influyó en la posibilidad de éxito fue la MAVC preoperatoria (coeficiente de regresión -6,26, $p < 0,05$).

Conclusiones: La VPP aislada o asociada a facoemulsificación es eficaz en el tratamiento de la MER. La MAVC fue superior en los pacientes que partían de mejores AV preoperatorias, y la diferencia de AV pre-post quirúrgica fue superior en los pacientes con peores AV preoperatorias, siendo éste el parámetro que más influyó en la posibilidad de éxito.

CPC-203

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL LÁSER DE MICROPULSO EN EL TRATAMIENTO DE MÁCULA EN CÚPULA

Jaime Lorenzo-Castro, Antonio Alarcón García, Fiorella Cuba-Sulluchuco, José Ignacio Fernández-Vigo Escribano

Objetivo: Establecer la efectividad del láser micropulso (LMP) en pacientes con mácula en cúpula y desprendimiento de la retina neurosensorial (DNS) foveal de larga evolución objetivado mediante Tomografía de Coherencia Óptica (OCT).

Método: Se realizó un estudio experimental prospectivo unicéntrico incluyendo 6 ojos con mácula en cúpula con presencia de líquido subretiniano subfoveal (LSR) de al menos 6 meses de evolución. Se analizaron la agudeza visual corregida (BVCA, de sus siglas en inglés) y la altura del LSR antes del tratamiento, al mes y a los 3 meses del tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 6 ojos con un LSR de más de 6 meses de evolución. Cada uno de los ojos recibió un tratamiento con LMP de luz amarilla sobre la región del DNS con un ciclo de trabajo del 5%, una potencia de 400mW y una duración del impacto de 200 ms. Tras el tratamiento, en los 6 ojos se observó una disminución del LSR, obteniendo 1 de ellos una resolución completa del LSR. No obstante, ninguno de los ojos obtuvo una ganancia significativa de letras en la BVCA. No se objetivan efectos adversos.

Conclusiones: Los pacientes tratados obtuvieron una mejoría anatómica objetivada mediante OCT. No obstante, esta mejoría no se acompañó de una mejoría funcional. Se necesitan más estudios y un tamaño muestral mayor para determinar el rol del LMP en el tratamiento de los pacientes con mácula en cúpula.

CPC-204

EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN AGUJERO MACULAR (AM) CON PLASMA RICO EN PLAQUETAS (PRP)

Ana Machín Mahave, Alberto del Campo Fernández, Beatriz de la Roza Varela, M.^a Asunción Palomo Boada, Patricia Escobio González, Carlos Fernández Galache

Propósito: Exponer nuestra experiencia y analizar los resultados quirúrgicos con PRP en agujeros maculares de espesor completo (AMEC) grandes (>400 micras) o refractarios a tratamiento habitual mediante VPP + pelado MLI+ gas en nuestro hospital comarcal.

Método: Presentamos 7 ojos de 6 pacientes con AMEC en los cuales se utilizó PRP por presentar un diámetro >400micras o ser refractarios al tratamiento de inicio, con agudeza visual media de 0,1 y una edad media de 72,5 años. Para ello, al diagnóstico se explica al paciente el proceso y firma consentimiento informado, se realiza la extracción de muestra sanguínea para enviar al banco de sangre y tejidos donde la procesan y nos envían 3 alícuotas congeladas para su uso posterior. Durante la cirugía y una vez realizado el pelado MLI e intercambio liquido aire se procede al descongelado y en batea de cristal y sin activar se inyecta el plasma en el agujero mediante cánula de silicona, a posteriori se realiza el intercambio aire-gas. Mantenemos al paciente en decúbito supino durante 1 hora y después, ya en la planta, pasa a decúbito prono.

Resultados: Obtuvimos resultados favorables (cierre del AM) en 6 de los 7 ojos intervenidos (85,7%) y una ganancia media de 6 líneas en escala decimal tratándose el ojo que no cerró de un agujero macular miópico grande en que la paciente no cumplió el tratamiento postural.

Conclusión: Los AMEC presentan una tasa de cierre del 92% según diferentes estudios, pero esta tasa puede bajar hasta un 56% en agujeros grandes, mayores de 400 micras, por eso y según los resultados de nuestro pequeño estudio se puede considerar el PRP como un elemento adyuvante seguro y que nos puede ayudar a obtener mejores resultados en esta patología de difícil manejo inicial, especialmente en cirujanos noveles.

CPC-205

APLICACIÓN DE LA RETINOGRAFÍA MEDIANTE SMARTPHONE EN EL CRIBADO DE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA

Alberto Martín Juan, Paula Plaza Chaparro, Ángel de las Heras Martín, Daniel Saiz Sánchez

Propósito: Demostrar la utilidad y validez de la retinografía obtenida mediante Smartphone en el cribado de la retinopatía diabética (RD) como alternativa a la retinografía convencional, dado que ésta última, a pesar de los programas de cribado actuales en Atención Primaria, continúa sin llegar a todos los centros o ámbitos, mientras que el teléfono móvil es un dispositivo muy extendido en nuestra sociedad actual, con menor coste, portátil y que podría utilizarse en cualquier medio.

Método: Estudio observacional descriptivo transversal en el que se han examinado 64 ojos de pacientes diabéticos, obteniendo retinografías mediante Smartphone (acoplado manualmente a lente exploratoria funduscópica) y retinógrafo convencional (prueba de referencia), analizando 6 variables referentes a los signos clínicos y al diagnóstico de la patología, y calculando la validez interna y externa de la prueba a estudio.

Resultados: Se ha obtenido una sensibilidad del 80%, especificidad del 82,75%, valor predictivo positivo de 84,85% y valor predictivo negativo de 77,42%. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas únicamente en la detección de las hemorragias, sin encontrar diferencias en el resto de las variables analizadas.

Conclusiones: En este estudio, la retinografía mediante Smartphone parece mostrar buenos resultados en la realización del cribado de la RD, con una concordancia razonable con respecto a la prueba de referencia. Se necesitan más estudios para valorar su utilidad en Atención Primaria, siendo realizada por personal sanitario no especializado en Oftalmología.

CPC-206

PREVALENCIA DE DISTROFIAS RETINIANAS HEREDITARIAS ASOCIADAS A MUTACIONES BIALÉLICAS EN RPE65 EN ESPAÑA: ESTUDIO INSIGHT-65

José M. Millán, Guillermo Antiñolo Gil, Juan Cardañanos, Lourdes Loidi, Juan López Siles, Elena Vallespín

Propósito: Las distrofias retinianas (DR) son un grupo heterogéneo de trastornos progresivos hereditarios, en los que la retinosis pigmentaria (RP) y la amaurosis congénita de Leber (ACL) son los tipos diagnosticados de forma más frecuente. Las mutaciones recesivas bialélicas en el gen que codifica la proteína RPE65 (Retinal Pigment Epithelium 65 kDa) están asociadas con RP y ACL. La prevalencia de las mutaciones asociadas a DR puede indicar cuántos pacientes se han sometido a las pruebas genéticas adecuadas y son candidatos a nuevas terapias. El estudio inSIGHT-65 tiene como objetivo evaluar la proporción de pacientes españoles con DR con mutaciones bialélicas en RPE65 y la proporción de diagnósticos genéticos no concluyentes, las razones de ello y la necesidad de una reevaluación diagnóstica.

Método: Estudio no intervencionista, retrospectivo y multicéntrico realizado en España, basado en datos secundarios de pacientes con DR recogidos en seis laboratorios genéticos.

Resultados: Se analizaron un total de 1842 pacientes. El 26% tenían resultados genéticos concluyentes para RPE65. 16 (0,87%) presentaron DR asociada a mutaciones en RPE65, siendo bialélicas en 11 casos (0,60%) y monoalélicas en 4 (0,22%). El diagnóstico más frecuente fue ACL (en 5 pacientes, el 45,45%), mientras que RP fue el diagnóstico clínico previo de sospecha más frecuente. El 72,73% de los pacientes con ACL tenían familiares afectados con bialelismo estudiado y/o confirmado en el gen RPE65.

Conclusiones: El estudio INSIGHT-65 ha caracterizado la proporción de pacientes con DR asociada a mutaciones bialélicas en RPE65 en España, y esta coincide con la reportada en estudios internacionales. Si bien el 26% de los pacientes tenían resultados genéticos concluyentes para RPE65, esta tasa de estudio es todavía insuficiente. La implementación de métodos más precisos para la realización de pruebas genéticas podría facilitar el incremento de la tasa de estudio del gen RPE65 con resultados concluyentes.

CPC-207

NUEVO BIOMARCADOR PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA NEOVASCULARIZACIÓN COROIDEA MIÓPICA

Elena Sarabia Marín, Chafik Zouine Lakbir, Manuel Redondo Martínez, Guillermo García Morales, Sandra Mirabet Segura, Ana M.^a Gómez Ramírez

Recientemente, ha sido descrito el signo reflectante binario miope 2 como biomarcador en la tomografía de coherencia óptica (OCT) para confirmar el diagnóstico de la hemorragia macular espontánea en pacientes miopes y hacer el diagnóstico diferencial con la neovascularización coroidea miópica (NVCm). La hemorragia macular se observa en la OCT como una lesión hiperreflectante homogénea en la retina externa claramente separada del EPR por una capa lineal hiporreflectante.

Realizamos un análisis retrospectivo donde incluimos 21 ojos de 19 pacientes con miopía patológica que habían sido diagnosticados de NVCm y tratados con anti-VEGF. Se evaluaron las imágenes de OCT de todos los ojos incluidos con el fin de valorar la presencia de este nuevo biomarcador. En 3 de los ojos estudiados encontramos el signo reflectante binario miope 2, ratificando que se trataba de una hemorragia macular espontánea y no de una NVCm. Estos 3 ojos presentaron una recuperación visual completa tras el tratamiento intravítreo, sin presencia de cicatriz ni atrofia retiniana secundaria a la NVCm en las imágenes de la OCT estructural.

El desarrollo de una NVCm es una de las principales causas de pérdida de agudeza visual en pacientes miopes, pero las hemorragias maculares espontáneas también pueden producirla. Es muy importante distinguir entre ambas entidades porque el tratamiento y el pronóstico son diferentes. Aunque la angiografía con fluresceína y la OCT-A han demostrado ser útiles para el diagnóstico diferencial entre ambas patologías, la interpretación de estas pruebas puede resultar difícil por las peculiaridades de estos ojos con una elevada longitud axial y/o presencia de estafiloma. Por estas razones, y considerando la alta sensibilidad y especificidad del signo reflectante binario miope 2, pensamos que puede resultar muy útil para distinguir entre la NVCm y la hemorragia macular espontánea.

CPC-208

DESARROLLO DE UN DISPOSITIVO MECATRÓNICO GUIADO POR VOZ PARA CIRUGÍA DE RETINA

Rodrigo Torres, Mario Saravia, Fabián Bonetto, Nicolás Góngora, Sebastián Góngora, Valentín Saravia

Propósito: Presentar el desarrollo de un prototipo de dispositivo que permite la visualización dinámica guiada por voz durante la cirugía vitreorretiniana.

Método: Se realizó un diseño de estudio experimental para evaluar la utilidad de un nuevo dispositivo accesorio de microscopio quirúrgico para su uso en cirugía vitreorretiniana.

El dispositivo consta de un receptor central, conectado mediante un cable a un sistema mecatrónico y unos auriculares conectados al sistema mediante wifi.

Se desarrolló un módulo de reconocimiento de voz y se asociaron ciertos comandos comunes utilizados en cirugía de retina con palabras específicas para generar el movimiento de un sistema óptico asociado al microscopio quirúrgico (sistema mecatrónico) con acoples rápidos magnéticos. Se organizaron pruebas en entornos controlados para comprobar los movimientos del sistema en respuesta a la voz y también de forma experimental, en quirófano en una simulación de un proceso quirúrgico vitreorretiniano.

Resultados: Las pruebas de laboratorio confirmaron la capacidad del procesador de voz para reconocer órdenes y generar los movimientos correctos del sistema óptico mecatrónico. Posteriormente, se comprobó en quirófano, que el prototipo desarrollado podía resolver con éxito las órdenes de voz recibidas durante la cirugía vitreorretiniana, sin la intervención de las manos del cirujano, y facilitando las maniobras de movimiento y enfoque de un sistema óptico de no contacto, que permitió visualizar la retina durante las diferentes fases de la cirugía.

Conclusiones: Se ha conseguido desarrollar un producto que funciona como accesorio de un microscopio quirúrgico, capaz de reconocer los comandos de voz del cirujano para realizar una visualización dinámica durante la cirugía vitreorretiniana.