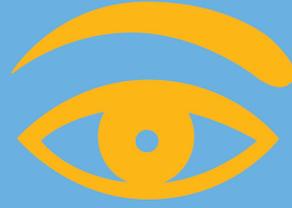


**85**  
Congreso



de la Sociedad  
Española de  
Oftalmología



**Área de Vídeos  
Planta -1**

**VÍDEOS**



V-01

#### EXPLANTE DE COMPLEJO ANILLO DE CIONNI-SACO CAPSULAR-LIO LUXADOS A CÁMARA VÍTREA A TRAVÉS DE PEQUEÑA INCISIÓN

ÁLVAREZ DE TOLEDO ELIZALDE Juan

*Propósito:* Mostrar la técnica quirúrgica empleada para explantar un complejo formado por anillo capsular de Cionni, saco capsular y lente intraocular (LIO) a través de pequeña incisión.

*Método:* Se realiza la técnica quirúrgica en un paciente afecto de Sdr. de Marfan en el que previamente 6 años antes se había practicado cirugía de aspiración de cristalino, implante suturado de anillo de Cionni y LIO para corregir la subluxación de cristalino. Tras vitrectomía anterior, se procede a luxar todo el complejo anillo-saco-LIO a cámara anterior, se extrae la LIO del saco capsular y se explanta a través de incisión de 3,5 mm. Posteriormente se secciona el anillo y se explanta al exterior. Para finalizar se realiza implante de nueva LIO plegable y fijación a sulcus mediante suturas de Mersilene 10-0.

*Resultados:* Con las maniobras quirúrgicas empleadas fuimos capaces de explantar todo el saco capsular, anillo de Cionni y LIO conservando la seguridad de una pequeña incisión.

*Conclusiones:* El probable aumento de casos de futuras luxaciones de LIOs conjuntamente con los anillos expansores capsulares a cámara vítrea nos obliga a conocer las maniobras quirúrgicas necesarias para explantarlos con seguridad por pequeña incisión y reemplazarlos por nuevas LIOs fijadas intraocularmente.

V-02

#### REPOSICIÓN DE LIO SUBLUXADA Y FIJACIÓN MEDIANTE ADHESIVO TISULAR

ANDONEGUI NAVARRO José, PÉREZ DE ARCELUS Mónica, ZURUTUZA IBARGUREN Ane

*Propósito:* Describir la técnica quirúrgica utilizada para la reposición de una LIO subluxada utilizando adhesivo tisular (Tissucol) para la fijación de los hápticos.

*Método:* Después de tallar dos tapetes esclerales, se reposiciona la LIO a través de dos incisiones por pars plana. Posteriormente, mediante una pinza intraocular de 23 G, se extraen los hápticos, que quedan posicionados por debajo de los tapetes esclerales. Se utiliza adhesivo tisular para fijar tanto los hápticos como los tapetes a la pared escleral.

*Resultados:* Después de la intervención la LIO queda perfectamente posicionada y estable. Al utilizar incisiones mínimas y reducir el número de suturas con la utilización del adhesivo tisular, se minimiza la reacción inflamatoria postoperatoria.

*Conclusiones:* La extracción de los hápticos de LIOs subluxadas y su fijación con adhesivo tisular por debajo de un tapete escleral es una buena alternativa quirúrgica para estos casos. Mediante este procedimiento se logra una muy buena fijación de la LIO y se minimiza la reacción inflamatoria. Al no emplear suturas para la fijación de la LIO se acorta el tiempo quirúrgico y se evitan los problemas que a largo plazo puede ocasionar la degradación de las mismas o su erosión a través de las cubiertas oculares. El adhesivo tisular es un excelente complemento quirúrgico en muchos casos de cirugía ocular.

V-03

#### UTILIZACIÓN DEL ANILLO DE MALYUGIN PARA EL MANEJO DE CATARATAS EN CASOS DE PUPILAS ESTRECHAS

CASTRO ALONSO Francisco Javier, LATRE REBLED Beatriz, GELI JUNYER Carmen

*Propósito:* Los ojos con pupilas estrechas suponen un verdadero desafío quirúrgico, ya que se asocian con mayor incidencia de complicaciones intra y postoperatorias. Un requerimiento quirúrgico fundamental en la facoemulsificación es la presencia de una buena midriasis. Nuestro objetivo es comprobar la utilidad del Anillo de Malyugin en la cirugía de catarata en casos con pupilas estrechas.

*Método:* Se muestra la técnica quirúrgica de utilización del Anillo de Malyugin en diferentes situaciones de pupilas estrechas (IFIS, pseudo-exfoliación, secundarias...) y se analizan las características y el comportamiento de este sistema de expansión pupilar.

*Resultados:* Se demuestra que este dilatador pupilar es efectivo, consigue una sujeción adecuada y bien distribuida del iris, y proporciona una dilatación suficiente y estable para realizar las diferentes maniobras en todas las fases de la facoemulsificación.

*Conclusiones:* El Anillo de Malyugin ofrece una gran comodidad y seguridad en la cirugía de la catarata en casos de pupilas estrechas y cuadros de IFIS, no requiere incisiones adicionales y se implanta y explanta de una forma muy poco traumática.

V-04

#### FAQUECTOMÍA IN TOTO MEDIANTE VISCOEXPRESIÓN A TRAVÉS DE 2,8 MM EN HOMOCISTINURIA

CORREDERA SALINERO Esther, FERNÁNDEZ ESCÁMEZ Carlos Salvador, FERNÁNDEZ JIMÉNEZ -ORTIZ Héctor

*Propósito:* Presentar la realización de faquectomía en un paciente con subluxación 360° cristaliniánica con indicación quirúrgica debido a una refracción irregular con baja agudeza visual mediante viscoelásticos de alta densidad y posterior sutura de lente a sulcus.

*Método:* Se presenta la cirugía de cristalino totalmente subluxado en un paciente de 11 años de edad diagnosticado por este cuadro de homocistinuria.

Se marcan dos tapetes esclerales a las 3 y 9 horas y se inicia la cirugía de cristalino transparente, pretendiendo realizar facoaspiración a través de capsulorrexis. Para facilitar la misma, se realiza tinción capsular con azul-tripán, aumentando así la rigidez capsular y facilitando la misma. Al introducir retrocristalinianamente viscoelástico de alta densidad, aumenta la presión intraocular, provocando la herniación del cristalino con su cápsula íntegra a través de la incisión, por lo que se decide continuar con la viscoexpresión y extracción intracapsular del mismo. A continuación, se realiza sutura a sulcus de lente plegable de 3 piezas.

*Resultados:* Dado el buen resultado refractivo, se decide realizar el mismo procedimiento en el otro ojo, ya que la inestabilidad zonular es muy elevada.

*Conclusiones:* La viscoexpresión de cristalino no cataratoso puede ser una maniobra quirúrgica sencilla a tener en cuenta en casos de pacientes en los que se planea una extracción in toto como en el caso que presentamos.

V-05

#### INTERCAMBIO DE LIO EN EL SACO CAPSULAR 5 AÑOS DESPUÉS DE CIRUGÍA DE CATARATA

HOYOS CHACÓN Jairo, HOYOS CAMPILLO Jairo Enrique, CIGALES JIROUT Melania

*Propósito:* Mostrar la posibilidad de intercambiar con finalidad refractiva una LIO implantada en el saco capsular 5 años atrás.

*Métodos:* Presentamos un ojo miope alto operado de queratomileusis in situ en 1991 y catarata 2004, que fue intervenido de queratoplastia penetrante en 2007, resultado en un defecto refractivo de -16 dioptrías de miopía al recuperar la córnea su curvatura original. En 2009 recalculamos la LIO y realizamos un intercambio liberando las adherencias de la cápsula anterior y disecando el saco capsular, implantando la nueva lente en el saco.

*Resultados:* No existieron complicaciones quirúrgicas. A los 3 meses de la cirugía la refracción era (+2 -4 x 50°) y el paciente mantenía la misma agudeza visual corregida preoperatoria.

*Conclusiones:* Existe la posibilidad de intercambiar la LIO del saco capsular incluso 5 años después, debido a que el saco mantiene un espacio virtual durante años.

V-06

#### VITRECTOMÍA 23G EN LUXACIÓN POSTERIOR DE LENTES INTRAOCULARES

JIMÉNEZ VALES Fabriciano Javier, OTERO BOADO Mercedes

*Propósito:* Presentamos el caso de un paciente con luxación posterior a cámara vítrea de una lente intraocular intervenido quirúrgicamente mediante vitrectomía posterior tres vías transconjuntival utilizando instrumentos de calibre 23.

*Método:* Se detallan las maniobras quirúrgicas realizadas durante la misma.

*Resultados:* Se comentan los pasos quirúrgicos y las particularidades de recuperación y reflatación de la lente intraocular con instrumentos de calibre 23 y el reimplante de una nueva lente.

*Conclusiones:* La vitrectomía posterior 23G se comporta como una técnica segura y eficaz en casos de luxación posterior de lentes intraoculares minimizando el trauma quirúrgico y el tiempo de intervención.

V-07

#### TÉCNICAS DE DILATACIÓN PUPILAR E IMPLANTE DE LIOS TÓRICAS EN CATARATAS CON PUPILAS ESTRECHAS Y ASTIGMATISMO ASOCIADO

LATRE REBLED Beatriz, CASTRO ALONSO Francisco Javier, RODRÍGUEZ PINEDA Adela

*Propósito:* Describir la técnica quirúrgica realizada en un paciente con antecedentes de glaucoma crónico bilateral de ángulo estrecho, tratamiento durante años con mióticos, pupila estrecha por sinequias posteriores y membrana fibrótica en el esfínter pupilar, que presentaba una catarata bilateral y un astigmatismo preoperatorio de 1,75 y 2,25 D en OD y OI respectivamente.

*Método:* Se muestran la cirugía de la catarata mediante técnica de facoemulsificación torsional a través de una incisión de 2,75 mm, la combinación de maniobras para dilatar la pupila mediante sinequiolisis, membranectomía, retractor pupilar de Beehler en el primer ojo intervenido y anillo de expansión pupilar de Graether en el segundo, y se destacan los diferentes pasos realizados para corregir el astigmatismo asociado mediante el implante de LIOS tóricas AcrySof SN60T5 en ambos ojos.

*Resultados:* El resultado fue muy favorable, sin complicaciones intraoperatorias. Los dos sistemas de dilatación pupilar son efectivos, y el correcto posicionamiento de la lente consiguió corregir el defecto astigmático de este paciente. La AV final fue de 1 en AO, y el astigmatismo residual inferior a 0,50 D.

*Conclusiones:* Las técnicas asociadas de dilatación y expansión pupilar permitieron el correcto abordaje de la cirugía y el control preciso durante el implante de la LIO tórica. La cirugía de la catarata en este caso se convierte en un procedimiento con finalidad claramente refractiva.

V-08

#### IMPLANTE DEL SISTEMA DE GALILEO DM-PLUS EN PACIENTES CON DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD (DMAE)

LÓPEZ-PRATS LUCEA M.<sup>a</sup> Jesús, GARCÍA DELPECH Salvador, SANZ MARCO Empar

*Propósito:* Describir la técnica quirúrgica de implantación de las lentes telescópicas de Galileo DM-PLUS en pacientes con DMAE.

*Método:* La implantación de sistemas de magnificación intraoculares se ha visto modificada recientemente. La facilidad de utilización de las lentes DM-PLUS hace que mediante una peritomía conjuntival y una incisión escleral tunelizada podamos introducir la lente de -64 dioptrías en el saco capsular y la lente ajustada de cámara anterior de apoyo angular. Por último, mediante nylon de 10/0 se sutura la incisión escleral.

*Resultado:* La técnica descrita permite implantar el sistema DM-PLUS de una forma sencilla y segura, obteniendo unos buenos resultados con una baja pérdida de células endoteliales de la córnea.

*Conclusiones:* La implantación de las lentes de Galileo DM-PLUS es una alternativa sencilla y válida para tratar con éxito la baja visión derivada de la DMAE.

V-09

#### LENTE ACOMODATIVA DE DOBLE ÓPTICA PARA LA CORRECCIÓN DE LA PRESBICIA

MACARRO MERINO Ana, FERNÁNDEZ-VIGO LÓPEZ José, BREIJO COTELO José

*Propósito:* Mostrar el mecanismo de acción de la lente y la técnica quirúrgica para la implantación de una lente acomodativa de doble óptica.

*Método:* Analizamos la lente synchrony de doble óptica, en una sola pieza de silicona, y mostramos su mecanismo de acción. Los criterios de exclusión son ojos con patología ocular, y sospecha de patología de la zónula. La técnica quirúrgica es facoemulsificación convencional. El tamaño de la capsulorrexis debe ser entre 5 y 5,5 mm y centrada. Se debe hacer un pulido de la cápsula anterior en los 360°. Para el funcionamiento correcto de la lente se precisa un saco bien conservado y suficiente cápsula anterior cubriendo la óptica anterior. La lente se implanta mediante inyector precargado a través de una incisión ampliada de 3,8 mm. Es importante rellenar bien el saco capsular debido al tamaño de la lente.

*Resultados:* La lente se aloja en el saco capsular con gran estabilidad, aunque la implantación no es sencilla debido a su volumen. Se controla la adecuada disposición de las ópticas y se extrae el viscoelástico que pueda quedar entre las dos ópticas. La agudeza visual al mes de lejos es: 9-10/10, intermedia: 8-9/10 y cerca 9-10/10. La calidad visual es buena no presentando alteraciones significativas en la sensibilidad al contraste

*Conclusión:* La lente synchrony es una lente que permite una buena agudeza visual de lejos, intermedia y cerca sin presentar alteraciones significativas en la calidad visual.

V-10

#### CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGÍA DE CATARATA EN LA ATROFIA ESENCIAL DE IRIS

NOVA FERNÁNDEZ-YÁÑEZ Elisa de, ZARRANZ VENTURA Javier, MORENO MONTAÑÉS Javier

*Propósito:* Mostrar la cirugía de la catarata con implante de anillo cosmético en un caso de Síndrome endotelial irido-corneal con atrofia esencial del iris.

*Métodos:* El Síndrome endotelial afecta a diversas estructuras del segmento anterior del ojo. El paciente, cuya cirugía de catarata enseñamos en el vídeo, presentaba atrofia esencial del iris, corectopía y pseudopolicoria. La cirugía de catarata es complicada tanto por la dilatación pupilar insuficiente como en las características de la cápsula anterior del cristalino que requirieron de tinción de la cápsula anterior con azul tripán. La dilatación pupilar se realizó con 3 retractores de iris respetando la zona atrófica del iris. Finalmente fue implantado un anillo negro cosmético de Morcher modelo Parcial Aniridia Implant tipo 96F de Morcher.

*Resultados:* La cirugía de catarata en casos con atrofia esencial del iris puede hacerse con seguridad siempre que se prevea la respuesta del iris y de la cápsula del cristalino durante las maniobras de la facoemulsificación. Aunque la cirugía sea corta, puede aparecer edema corneal secundario a las alteraciones endoteliales características de este síndrome.

*Conclusiones:* La correcta planificación de la cirugía de la catarata en el Síndrome endotelial irido-corneal y conocer las posibles complicaciones que surgen durante esta cirugía, nos facilitará una cirugía más rápida y una mejoría precoz de la agudeza visual.

V-11

#### FACOEMULSIFICACIÓN CON LENTE INTRAOCULAR MULTIFOCAL EN NIÑO DE 10 AÑOS DIAGNOSTICADO DE CATARATA BILATERAL DIABÉTICA

PERALES QUÍLEZ Trinidad, BAYO CALDUCH Patricia, MARÍ COTINO José Francisco

*Propósito:* Presentar un vídeo correspondiente a la cirugía de cataratas bilaterales de origen metabólico en un niño de 10 años con diabetes mellitus diagnosticada tras sospechar la patología sistémica en la consulta de oftalmología.

*Métodos:* Para lo cual se le intervino quirúrgicamente ambos ojos mediante la técnica de facoemulsificación colocando una lente intraocular multifocal refractiva (ReZoom®).

*Resultados:* El paciente tras la cirugía consiguió una agudeza visual de la unidad en cada uno de los ojos.

*Conclusiones:* La técnica quirúrgica de facoemulsificación con inserción de una lente intraocular multifocal, es una solución para los problemas de pérdida de visión que pueden ocasionar cataratas de origen metabólico en niños, de tal manera que se conseguirá una agudeza visual de lejos y de cerca adecuada.

V-12

#### EXPLANTE DE LENTE FÁQUICA Y FACOEMULSIFICACIÓN EN CATARATA SUBLUXADA CON DESPRENDIMIENTO DE RETINA EN EMBUDO

ROMÁN GUINDO José Miguel, GONZÁLEZ MARTÍN Mónica, ÁLVAREZ GARCÍA M.<sup>a</sup> Teresa

*Propósito:* Explantar lente fáquica de cámara posterior (ICL) y realizar facoemulsificación con implante de lente intraocular en paciente miope magna operada con ICL y reintervenida con láser excimer para defecto residual y cirugía de desprendimiento coroideo 6 años atrás.

*Método:* Para ello se realizó dilatación mecánica del iris con retractores con posterior extracción de la ICL y facoemulsificación de catarata subcapsular anterior con colocación de un anillo de tensión capsular durante la misma por subluxación parcial debida a rotura zonular en un cuadrante.

*Resultados:* La retirada de la ICL tras dilatación mecánica forzada dio paso a la extracción de catarata blanda en un ojo con inestabilidad zonular que requirió estabilización del saco capsular previamente a la inserción de la lente intraocular. Posteriormente se procedió a vitrectomía reglada para el desprendimiento de retina en embudo bajo anestesia general.

*Conclusión:* El desarrollo de catarata tras 6 años de implantación de ICL conllevó la retirada de la misma en pupila con dilatación media en un ojo que ya presentaba inestabilidad zonular con cierta dificultad en el manejo quirúrgico debido a las condiciones oculares previas (ojo miope magno, cirugías previas, desprendimiento simultáneo de retina), y que concluyó con buen resultado anatómico pero mal resultado funcional.

V-13

#### TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA CONTROLAR LA VELOCIDAD DEL MICROQUERATOMO Y EL GROSOR CORNEAL EN LASIK

FERNÁNDEZ-VIGO LÓPEZ José, MACARRO MERINO Ana, FERNÁNDEZ-VIGO ESCRIBANO Cristina

*Propósito:* Mostrar las diferencias de velocidad de avance del microqueratomo (mkt) manual y automático y su relación con el grosor del colgajo corneal obtenido.

*Método:* Comparamos el avance de un mkt manual y automático y analizamos su desplazamiento en función del tiempo. Comparamos la velocidad máxima, mínima y la estándar. Mostramos las características del movimiento tanto en un modelo experimental como durante la cirugía, así como las maniobras quirúrgicas que nos permiten modificar la velocidad en los mkt manuales. La velocidad se calcula sobre película con resolución de 4 centésimas de segundo.

*Resultados:* La velocidad obtenida con el mkt automático *in vitro* es de 3,8 mm/sg para el pase rápido y 1,55 para el pase lento. Con mkt manual *in vitro* la velocidad máxima alcanzada ha sido de 35 mm/sg y la mínima entre 1 y 2 mm/sg. Durante la cirugía la velocidad máxima, estándar y mínima fueron 18,5, 8-9 y 2,1 mm/sg. En estos pacientes para una velocidad de 12,2 y 7,5 mm/sg se obtuvieron colgajos de 107,5±21,8 y 124,6±24 micras. El grosor medio en casos de velocidad de 15 mm/sg o mayor ha sido de 91,3±18,1 micras.

*Conclusiones:* Con el mkt manual pueden lograrse velocidades que fluctúan entre 1 y 20 mm/sg, hasta 5 veces superiores a los automáticos, lo que permite obtener colgajos corneales de grosor muy fino y reproducible.

V-14

#### MICROTRABECULECTOMÍA SIN INCISIÓN RADIAL

ANTOLÍN GARCÍA David

*Propósito:* Presentar una variante quirúrgica a la trabeculectomía convencional.

*Método:* Se realiza una microtrabeculectomía por mínima incisión conjuntival, sin incisiones esclerales radiales, variante de la técnica de trabeculectomía microincisional (MIT) propuesta por el Dr. Fukasaku.

*Resultados:* Se presenta un vídeo explicativo de la técnica, que resulta en una gran sencillez de realización, excelente tolerancia postoperatoria y posibilidad real de ser realizada con anestesia tópica.

*Conclusiones:* La microtrabeculectomía sin incisión radial constituye una nueva variante técnica a considerar dentro de la panoplia de intervenciones disponibles para la cirugía del glaucoma, siendo una alternativa sencilla, eficaz, excelentemente tolerada y poco costosa.

V-15

#### NUEVA TÉCNICA QUIRÚRGICA DE LA IMPLANTACIÓN DE LA VÁLVULA DE AHMED (AJL) VÍA PARS PLANA

MARTÍNEZ CASTILLO Sebastián, LÓPEZ LIZCANO Ruth, LÓPEZ-PRATS LUCEA M.<sup>a</sup> Jesús

*Propósito:* Presentar una nueva técnica quirúrgica en el tratamiento del glaucoma.

*Método:* Se realiza una peritomía conjuntival de 9 a 12. Posteriormente preparamos una vitrectomía de 3 vías por pars plana. Realizada la vitrectomía, a las 10, a 1 milímetro de la incisión de vitrectomía se realiza un túnel escleral de 3 milímetros de longitud. Llegados a este punto, se introduce el cuerpo de la válvula en posición retroecuatorial. A través del túnel escleral realizado, se introduce la cánula de la válvula de Ahmed (AJL) para posteriormente entrar en cavidad vítrea vía pars plana, aprovechando la incisión de vitrectomía. Finalmente se fija con pegamento sintético quirúrgico, Glubran 2 (GEM) el cuerpo de la válvula y por último la conjuntiva.

*Resultados:* Los pacientes intervenidos mediante esta técnica no presentaron complicaciones postoperatorias y mantienen valores de presión intraocular inferiores a 20 milímetros de Hg.

*Conclusión:* La nueva técnica quirúrgica presentada disminuye el tiempo quirúrgico, facilitando los pasos más complicados de cirugías previamente descritas y mejora así los resultados.

V-16

#### SECCIÓN POR VÍA LIMBAR DE TUBO DE DISPOSITIVO DE DRENAJE COMO TRATAMIENTO DEL CONTACTO TUBO-ENDOTELIO CORNEAL

MONÉS LLIVINA Anna, LILLO SOPENA Juan, SANZ MORENO Silvia

*Propósito:* Presentar la técnica para la sección de un segmento del tubo de la válvula de Molteno por vía limbar sin necesidad de incisión de la conjuntiva, en un paciente que presentaba afectación del eje visual y contacto tubo-endotelio corneal

*Método:* Incisiones corneales de 2,75 mm sobre el trayecto del tubo y a 180°. Inyección de viscoelástico. Sujeción del extremo distal del tubo con pinza de Bohn a través de incisión de servicio a 180°. Sección del tubo con tijeras Vannas a la longitud deseada por incisión principal y explante del segmento seccionado a través de incisión de servicio.

*Resultados:* Acortamiento de la longitud del tubo a una distancia intermedia entre limbo y borde pupilar evitando el eje visual y el contacto del tubo con el endotelio corneal

*Conclusiones:*

1. La sección de un segmento del tubo del dispositivo de drenaje por vía limbar evita la necesidad de explantar todo el tubo de cámara anterior: no es necesaria una nueva incisión conjuntival.

2. Acortamiento del tiempo quirúrgico, evitando la necesidad de un nuevo recubrimiento del trayecto extraescleral del tubo ya que todas las maniobras se realizan por vía corneal.

V-17

#### CARACTERÍSTICAS DEL IMPLANTE DE BAERVELDT EN LA CIRUGÍA DEL GLAUCOMA

MORENO MONTAÑÉS Javier, CAIRE Y GONZÁLEZ JÁUREGUI José M.<sup>a</sup>, ZARRANZ VENTURA Javier

*Propósito:* Mostrar las ventajas e inconvenientes de la implantación del sistema de drenaje de Baerveldt en glaucomas avanzados.

*Métodos:* El implante de Baerveldt es un sistema de drenaje no valvulado, monoplateado con varios posibles tamaños siendo el más común de 350 mm<sup>2</sup>. En este vídeo enseñamos las características del implante de Baerveldt, su colocación en un cuadrante abriendo la mínima conjuntiva posible, la facilidad de la fijación en esclera con 2 puntos de sutura y la introducción del tubo en cámara posterior con la técnica descrita por nosotros en el año 2008. Entre los casos clínicos que citamos en este vídeo, comentamos la ventaja de la implantación de este sistema de drenaje en cuadrantes inferiores o como segundo implante de drenaje en el mismo ojo.

*Resultados:* En todos los casos la implantación del sistema de drenaje de Baerveldt fue una cirugía rápida y poco traumática, consiguiendo ampollas difusas, poco prominentes y con buenos resultados tensionales.

*Conclusiones:* El implante de Baerveldt reduce el tiempo quirúrgico, produce menos inflamación y traumatismo en el ojo. Tras la cirugía, se mejora el control tensional con menos dependencia de la medicación hipotensora que los sistemas valvulados, con una baja incidencia de enquistamiento del plato y escasas complicaciones en el postoperatorio.

V-18

#### IMPLANTE SIMULTÁNEO DE VÁLVULAS EX-PRESS Y SOLX EN CIRUGÍA DE GLAUCOMA

PEÑA M.<sup>a</sup> Soledad, RORHWECK Stephanie, UDAONDO MIRETE Patricia,

*Propósito:* Describir la técnica quirúrgica de implantación de estos dos tipos de válvulas para lograr una mayor disminución de la presión intraocular (PIO).

*Método:* Se crea un túnel escleral desde 2,5 mm del limbo hasta cámara anterior, donde se coloca la válvula SOLX junto a un snoop que dejan abierta una vía de drenaje supracoroidea. A su vez, se realiza un tapete escleral de base limbo, por donde se coloca el implante Ex-PRESS hacia el ángulo, también junto a un snoop que mantendrá el espacio creado y evitará la rotación del espolón y el contacto de éste con el endotelio.

*Resultados:* Los pacientes presentaron un buen control de la PIO sin importantes complicaciones postquirúrgicas.

*Conclusiones:* El implante de estos dos tipos de válvulas puede permitir un mejor control de la PIO asegurando dos vías diferentes de drenaje.

V-19

#### IMPLANTE DE VÁLVULA DE AHMED CON TUNELIZACIÓN ESCLERAL CON AGUJA DE 23G

ROJO ARNAO María, LLITERAS CARDÍN Manuel, GIL CARRASCO Félix

*Propósito:* La cirugía de glaucoma con válvula es prácticamente la única que puede realizarse en cualquier condición ocular o cuando fallan el resto de los tratamientos. Describir en vídeo los pasos detallados del implante de válvula de Ahmed mediante la colocación del tubo en un túnel escleral. La técnica resulta sencilla y sin complicaciones relevantes. Acorta el tiempo quirúrgico siendo posible realizarla con anestesia tópica y subtenoniana.

*Método.*

*Técnica quirúrgica:*

– Purgado con introducción de solución salina y después, viscoelástico a través del tubo.

– Peritomía y disección conjuntival base fórnix en cuadrante temporal superior.

– Introducción de válvula y sutura en esclera con seda de 7 ceros a 8-10 mm del limbo.

– Tunelización escleral a 4 mm del limbo con aguja calibre 23 con un primer trayecto tangente y un segundo paralelo al plano del iris.

– Introducción del tubo cortado a medida de la cámara anterior.

– Cierre conjuntival con puntos simples de seda 7 ceros.

*Resultados:* Éxito en torno al 84%. La extrusión es menor que con las técnicas de colgajo escleral y de parches, menor al 1%.

*Conclusiones:* El implante de Válvula de Ahmed con la técnica de la tunelización escleral obtiene buen control de la presión intraocular, mejor tasa de éxito y menor porcentaje de extrusiones que con el resto de las técnicas. Resulta una técnica rápida, sencilla y segura.

V-20

#### ESNOOPER SUTURADO Y SIN SUTURAR FINALIZA UNA EPNP DE UN GCAA CON IFIS ASOCIADO

VIDARTE RODRÍGUEZ Damián, IGLESIAS MARTÍN Juan Manuel

*Propósito:* Describir la técnica quirúrgica empleada para la resolución de un caso de glaucoma con catarata senil asociado a síndrome de iris flácido intraoperatorio (IFIS).

*Material y métodos:* Presentamos en vídeo el caso de un paciente con glaucoma crónico de ángulo abierto (GCAA) y catarata nuclear moderada, con antecedente de toma de alfa 1 adrenérgico por hiperplasia benigna de próstata, donde se plantea una cirugía combinada de ganchos retractores de iris, facoemulsificación (FACO) con chopper y esclerectomía profunda no perforante (EPNP) con implante escleral (IE) ESNOOPER.

*Resultados:* El paciente presenta una evolución postoperatoria favorable, consiguiendo recuperación visual y control de la presión intraocular (PIO). El vídeo ilustra los diferentes pasos de la técnica quirúrgica, presentando el nuevo IE ESNOOPER suturado y sin suturar, como punto final de la EPNP.

*Conclusiones:* La EPNP se muestra efectiva para controlar la PIO en el GCAA al combinarse con la FACO. Una adecuada anamnesis, haciendo especial hincapié en el antecedente de toma de fármacos alfa-bloqueantes, reduce el estrés quirúrgico al tomar las precauciones oportunas.

V-21

#### EVOLUCIÓN DE LA ESCLERECTOMÍA PROFUNDA NO PERFORANTE. NUEVO IMPLANTE, TRUCOS Y CURIOSIDADES

VINUESA SILVA Ignacio, PINAZO Y DURÁN M.<sup>a</sup> Dolores, ANDRÉS FACTOR M.<sup>a</sup> Jesús, TORREGROSA CASAÑAS Sergio, VINUESA SILVA M.<sup>a</sup> José

**Objetivo:** Presentamos la técnica quirúrgica y maniobras de interés para implantar un nuevo diseño no reabsorbible en cirugía antiglaucomatosa.

**Método:** El nuevo implante ESNOPER PLUS posee forma trapezoidal, sus medidas (2,85 x 3 x 1,40 mm) y su grosor (0,3 mm) proporcionan estabilidad, y mejoran las maniobras de implantación respecto a otros diseños. Por sus características y lugar de aplicación bajo el colgajo escleral, prolonga el drenaje del humor acuoso tras la realización de la técnica de la esclerectomía profunda no perforante en pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto.

**Resultados:** Se muestra el procedimiento quirúrgico y las maniobras a realizar para obtener un buen resultado funcional.

**Conclusiones:** Este tipo de implante demuestra la importancia de un buen diseño y la elección del mismo para el buen funcionamiento de la cirugía antiglaucomatosa.

V-22

#### VÁLVULA DE AHMED DE DOBLE PLATO COMO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL GLAUCOMA INFLAMATORIO

ZARCO TEJADA José Manuel, LÓPEZ MONDÉJAR Esperanza, RIVEIRA VILLALOBOS Laura, BARRAJÓN RODRÍGUEZ Ángela, LÓPEZ-ROMERO MORALEDA Sonia, ÁLVAREZ PORTELA Marcelino

**Propósito:** Presentar los casos de dos pacientes diagnosticados de glaucoma inflamatorio refractario a tratamiento médico máximo, debidos ambos a uveítis anterior crónica, que fueron intervenidos con éxito mediante el implante de una válvula de Ahmed de doble plato.

**Método:** Como se aprecia en el vídeo, el plato principal se suturó en los dos pacientes en el cuadrante temporal superior y el plato accesorio en el cuadrante nasal superior. El tubo entró en cámara anterior en el cuadrante temporal superior de ambos pacientes, siendo cubierto en los dos por un tapete escleral y por un parche de fascia lata.

**Resultados:** El primer paciente intervenido, tras tres meses de adecuado control tensional, experimentó un aumento de la PIO que requirió una reintervención. Dada la dificultad quirúrgica, se planteó como primera opción la extracción del tubo valvular y la irrigación del mismo con BSS para desobstruir el sistema valvular, lo que ha permitido un adecuado control tensional, habiendo pasado de una presión intraocular preoperatoria de 40 mm Hg a 12 mm Hg. El segundo paciente evolucionó favorablemente desde la cirugía, habiendo pasado de 30 mm Hg a 14 mm Hg, a los cuatro meses de la intervención.

**Conclusiones:** El implante de una válvula de Ahmed de doble plato es una técnica quirúrgica que puede ofrecer mejores resultados que la trabeculectomía convencional en el tratamiento del glaucoma inflamatorio.

V-23

#### CIRUGÍA INTEGRAL DEL MELANOMA DE CUERPO CILIAR

DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ M.<sup>a</sup> José, LARA MEDINA Francisco Javier, GONZÁLEZ DEL VALLE Fernando, RIVEIRA VILLALOBOS Laura, CELIS SÁNCHEZ Javier, LÓPEZ MONDÉJAR Esperanza, QUEZADA F.

**Propósito:** Divulgar la técnica empleada para el tratamiento quirúrgico integral del melanoma de cuerpo ciliar.

**Método:** Previo a la cicloiridectomía se procede al tallado de puentes, esclerales y tapete escleral superficial (marcando por transiluminación el tamaño tumoral, usando una microesclerotomía). Después se procede a la extirpación del tumor en bloque (esclera superficial, iris, cuerpo ciliar, coroides, retina y vítreo) con márgenes quirúrgicos de seguridad. Se sutura el tapete superficial y se coloca un cerclaje escleral. A continuación se realiza faecoemulsificación microcoaxial con implante de lente intraocular y anillo sacular para estabilizar la desinserción inducida del cristalino. Posteriormente realizamos una vitrectomía por microesclerotomías de 23G usando un vitrectomo de 5000 cpm con un intercambio final con aceite de silicona de 1000 cS. Finaliza la cirugía con la aplicación de crioterapia en el lecho escleral superficial.

**Resultados:** El estudio anatómico de la pieza quirúrgica confirmó la ausencia de tumor en los bordes quirúrgicos.

**Conclusiones:** La cirugía integral del melanoma de cuerpo ciliar asegura una buena recuperación funcional y anatómica de los ojos afectados por esta tumoración.

V-24

#### ANESTESIA PERI BULBAR ÍNFERO-NASAL: LOCALIZACIÓN DE LA AGUJA POR NEURONAVIGATION

SALGADO-BORGES José, CALVÃO-SANTOS Gil, FERREIRA Joel

**Propósito:** Nuestra experiencia con bloque peri bulbar ínfero-nasal para cirugía de catarata muestra una alta tasa de aquinesia. El objetivo del estudio fue caracterizar la ubicación de la punta de agujas durante la inyección utilizando una imagen 3D.

**Métodos:** Neuronavigation, es un sistema de imagen 3D utilizado para llevar a cabo cirugía de cabeza y cuello, y la tomografía computarizada peri-nasal es un requisito previo. En 5 pacientes con TC anterior a la cirugía de catarata, se realizó un bloque peri bulbar ínfero-nasal. Se utilizó una aguja de 2,5 cm, 25 G, y se ha administrado 5 mL solución de ropivacaína a 1%. El grado de aquinesia se evaluó de acuerdo con una puntuación de 12 puntos (0= no bloquear; 1= parcial; 2= total), para cada uno de los músculos rectos y párpados.

**Resultados:** La posición de la punta de la aguja fue observada y registrada por las instantáneas. En el momento de la inyección, la punta de la aguja estaba en el interior del cono muscular, y no entorno a él en todos los pacientes. No hubo complicaciones. El grado de aquinesia ha variado de 9 a 12 puntos.

**Conclusión:** La constante presencia de la punta de la aguja en el interior del cono muscular puede explicar las tasas más altas de aquinesia obtenidas con esta técnica. Los riesgos de exposición a la radiación y los altos costos nos impidieron el diseño de un estudio con una muestra mayor que nos permitan resultados estadísticos más significativos.

V-25

#### EXENTERACIÓN ORBITARIA EN UN CARCINOMA EPIDERMÓIDE CONJUNTIVAL EVOLUCIONADO

FLORES MORENO Ignacio, CARRILERO FERRER M.ª José, MARTÍN MELERO Óscar, COPETE PIQUERAS Sergio, LÓPEZ MOLINA Mercedes

*Propósito:* Mostrar el abordaje quirúrgico empleado en un carcinoma epidermoide infiltrante de conjuntiva bulbar inferior de ojo derecho que invadió globo ocular y órbita a pesar del tratamiento.

*Métodos:* Inicialmente el paciente fue tratado con interferón  $\alpha$  2B tópico (1 millón UI/ml 4 veces/día) durante tres meses y posteriormente con radioterapia local. El paciente negó la cirugía hasta que el tumor aumentó de tamaño, extendiéndose por fuera de la órbita, a través de los paquetes grasos del párpado inferior. Por lo que finalmente se realizó una exenteración orbitaria derecha total, aplicando una cobertura con colgajo miofascial pediculado de músculo temporal más injerto cutáneo laminar.

*Resultados:* La cirugía cursó sin complicaciones. En el postoperatorio el paciente presentó un neumocéfalo, con hemiplejía izquierda, que evolucionó satisfactoriamente. Actualmente no se encuentran recidivas del tumor, a la espera de la prótesis orbitaria y ocular.

*Conclusiones:* La exenteración es una cirugía radical y agresiva. Su uso más frecuente es en el tumor epidermoide con invasión orbitaria que no responde a otros tratamientos. Pensamos que durante la exenteración orbitaria, hay que tener especial cuidado con las paredes orbitarias, sobre todo la medial, por su fragilidad y por otro lado, el canal óptico debe quedar perfectamente taponado, para evitar complicaciones.

V-26

#### NUEVO DISPOSITIVO LACRI-PEARL® DE INTUBACIÓN NASOLAGRIMAL

ÁLVAREZ PORTELA Marcelino, ISPA CALLÉN Carmen, RIVERA SALAZAR Jorge, VALDÉS GONZÁLEZ José Juan, ZARCO TEJADA José Manuel, GONZÁLEZ DEL VALLE Fernando

*Propósito:* Mostrar la utilización del nuevo dispositivo Laci-Pearl® para intubación bi-canalicular con salida por el conducto nasolagrimal.

*Método:* Utilizamos el dispositivo Laci-Pearl® que consiste en un tubo de silicona, una cánula de intubación y una varilla metálica cuyo extremo distal está curvado, se pasa desde el canalículo superior saliendo por el conducto nasolagrimal en el tercer meato, se repite por el otro canalículo.

*Resultado:* El dispositivo actúa como un conformador y permite el drenaje de la lágrima por capilaridad.

*Conclusiones:* Es un dispositivo de fácil manejo y está indicado sobre todo para obstrucción congénita de conducto nasolagrimal que no se supera con sondaje simple; en adultos para casos de estenosis parcial y/o dacriolitos.

V-27

#### LACOCISTORRINOSTOMÍA ENDOSCÓPICA

BARRIO BARRIO Jesús, NOVA FERNÁNDEZ-YÁÑEZ Elisa de, BONET FARRIOL Elvira

*Propósito:* Describir una alternativa a la técnica clásica de conjuntivodacriocistorrinostomía (CDCR), basada en la inserción transconjuntival y con una mínima osteotomía, de un tubo de Jones recubierto de polietileno poroso de alta densidad (HDPP), Medpor®, con visualización endonasal mediante endoscopia.

*Método:* Describimos la técnica de la lacocistorrinostomía endoscópica paso a paso. Tras exponer el área inferomedial del fornix conjuntival, se inicia la cirugía con la escisión de la carúncula mediante aguja de colorado. A continuación, con tijeras de disección roma y el dilataador de Jones, se abre el espacio transconjuntival. Se realiza una osteotomía mediante láser diodo o mecánicamente guiada por luz de fibra óptica. Finalmente, tras seleccionar con el medidor la longitud apropiada del tubo de Medpor®, se introduce ayudado por el insertador y guía metálica. El tubo debe sobresalir 3-4 mm de la mucosa nasal, no coaptar con el tabique nasal y estar posicionado lo más vertical posible.

*Resultados:* La visualización del extremo nasal del tubo asistido por endoscopia, permite un control directo de la localización y angulación definitiva del mismo en la fosa nasal.

*Conclusiones:* La lacocistorrinostomía simplifica y acorta considerablemente el tiempo quirúrgico de la CDCR clásica. Asociada a la inserción de tubo de Jones recubierto de Medpor® disminuye las complicaciones relacionadas con el desplazamiento y extrusión del tubo.

V-28

#### Z-PLASTIA EN NIÑO CON SÍNDROME DE BLEFAROFIMOSIS

BOVÉ GURI Marta, ZUBIETA GARCIANDÍA Alicia, ARDANAZ ALDAVE M.ª Antonia

*Propósito:* Realización de la técnica de Z-plastia de Mustardé como tratamiento del epicanto inverso en un niño de un año con Síndrome de Blefarofimosis.

*Método:* En primer lugar marcamos un punto a cada lado de la nariz en el lugar pretendido del nuevo canto, luego se señala un segundo punto a nivel del canto existente y se traza una línea horizontal entre los dos puntos. Desde esta línea horizontal trazamos otras dos con un ángulo de 60° y de longitud algo menor. Desde la terminación de estas líneas se efectúan trazos de 45° hacia la nariz. Realizamos la incisión por las líneas marcadas despegando meticulosamente los colgajos que se retraen hacia afuera. Disecamos el tendón cantal medio que suturamos al perostio de la pared interna de la órbita. Posteriormente se cierran los colgajos de forma cruzada.

*Resultados:* La evolución del paciente ha sido favorable mejorando considerablemente su aspecto.

*Conclusiones:* El Síndrome de Blefarofimosis es un enfermedad genética que se caracteriza por telecanto, ptosis y epicanto inverso. Se hereda de forma autosómica dominante estando la afectación en el cromosoma 3. En estos pacientes lo primero que se suele corregir es el epicanto inverso dejando para un segundo tiempo la corrección de la Ptosis. La Z-plastia de Mustardé es una de las técnicas de elección para la corrección inicial del epicanto.

V-29

### REPARACIÓN DE LACERACIÓN CANALICULAR MEDIANTE TÉCNICA DE COLA DE CERDO

CRESPO GONZÁLEZ Javier, ANTÓN BENITO Alejandro, MEDINA SANVICENTE Silvia

*Propósito:* Mostrar el manejo de un caso de laceración canalicular mediante la técnica de cola de cerdo.

*Método:* Presentamos un caso de laceración traumática de canalículo en mujer de 60 años que se reparó con la técnica de cola de cerdo. Hacemos especial hincapié en la descripción de los pasos quirúrgicos que aseguran un buen éxito de la intervención.

*Resultados:* La paciente se mantiene sin epífora y con siringación permeable a los 12 meses de seguimiento.

*Conclusiones:* Consideramos la técnica quirúrgica descrita una buena alternativa para la reparación de vía lagrimal, ya que se puede realizar bajo anestesia local, no precisa la colaboración de otorrinolaringólogos.

V-30

### RETIRADA DE STENT NASOLAGRIMAL Y COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO MONOKA®

ISPA CALLÉN Carmen, VALDÉS GONZÁLEZ José Juan, RIVERA SALAZAR Jorge, ÁLVAREZ PORTELA Marcelino, LÓPEZ-ROMERO MORALEDA Sonia, ZARCO TEJADA José Manuel

*Propósito:* Mostrar que tras retirar un stent nasolagrimal obstruido se puede mantener la permeabilidad de la vía lagrimal mediante la colocación de un dispositivo MonoKa®.

*Método:* Por endoscopia nasal se retira el stent obstruido, luego mediante una sonda de Ritleng que se pasa desde el canalículo y con salida por el conducto nasolagrimal se pasa un dispositivo MonoKa®.

*Resultado:* Luego de dos meses con el dispositivo se retira, manteniendo la permeabilidad unos meses después con ausencia de síntomas.

*Conclusión:* En casos seleccionados una alternativa razonable para mantener la permeabilidad tras la obstrucción de un stent nasolagrimal es la colocación de un dispositivo MonoKa®.

V-31

### DESAPARICIÓN POR MIGRACIÓN NASAL DE SONDA MONOKA® TRAS DACRIOCISTORRINOSTOMÍA TRANSCANALICULAR CON LÁSER DIODO

JIMÉNEZ LASANTA Laura, CANAL FONTCUBERTA Irene, BERAESTEGUI ARBELOA Lara, PRAT MADRAZO Miguel

*Propósito:* Describir una complicación muy infrecuente tras la Dacriocistorrinostomía (DCR) transcanalicular con láser Diodo, que consiste en la migración nasal de la sonda monocanalicular de silicona Monoka®.

*Método:* Se muestra el abordaje diagnóstico y terapéutico de un caso.

*Resultados:* Ante pacientes con epífora severa y vías lagrimales no permeables realizamos DCR transcanalicular con láser diodo con colocación de sonda monocanalicular, obteniendo una alta tasa de éxitos. Las sondas Monoka® pueden, aunque muy raramente debido al gran tamaño de su plato (4 milímetros), migrar hacia el canalículo o saco lagrimal. Para el diagnóstico y tratamiento de esta complicación es vital el abordaje endonasal tras anestesia local. En quirófano, con la ayuda del Otorrinolaringólogo, se amplió la osteotomía con pinzas de Weil-Blakesley y se pudo extraer la sonda íntegra por cavidad nasal. Posteriormente se introdujo una sonda bicanalicular de Crawford hasta la fosa nasal, impregnando la osteotomía con Mitomicina C al 0,04%.

*Conclusiones:* En todo paciente con desaparición inexplicada de la sonda de intubación monocanalicular, ante la posibilidad de que se haya producido migración nasal, es conveniente realizar un examen detallado por vía endonasal. Resulta recomendable realizarlo en quirófano, bajo anestesia local y con ayuda del Otorrinolaringólogo, para conseguir una óptima localización y extracción segura de la sonda.

V-32

### UNA NUEVA DIMENSIÓN: DACRIOCISTORRINOSTOMÍA LÁSER PLUS

MARTÍNEZ BELDA Raúl, MOYA Sebastián, URCHUEGUIA Maite

*Propósito:* La dacriocistorrinostomía (dcr) transcanalicular con láser diodo se ha convertido en los últimos tiempos en una alternativa eficaz a la dcr clásica aportando además un menor tiempo de cirugía, un postoperatorio más suave y un resultado estético superior. Pero para conseguir resultados comparables precisa una cirugía sistematizada y cada vez más elaborada. Con este vídeo mostramos nuestra técnica implementada que nos permiten mejores resultados.

*Método:* Las variaciones que hemos añadido a la técnica inicial de la dcr se basan en gran parte en la colaboración con el otorrinolaringólogo. El vídeo describe la anestesia localizada, la colaboración para la formación de la osteotomía, los antimetabolitos, nuevas posibilidades en las prótesis y el manejo postoperatorio.

*Resultado:* Estas modificaciones de la técnica, que hemos definido como «DCR LASER PLUS» permiten cirugías menos dolorosas, osteotomías más grandes y mejores resultados en nuestras cirugías.

*Conclusiones:* La evolución de esta técnica aun por explotar nos permitirá, con el paso del tiempo, mejorar los resultados de esta técnica para poder ofrecer una nueva opción a nuestros pacientes.

V-33

#### IMPLANTE DERMOGRASO ORBITARIO

PÉREZ RODRÍGUEZ Antonio Javier, RAMÍREZ HÚBER Armando, DÍAZ CARRASCO Juan José

*Propósito:* Exponer la realización de cirugía implante dermograso orbitario en paciente previamente eviscerado.

*Método:* Se realiza disección conjuntival 360, localizando y fijando los músculos rectos con sutura reabsorbible y se desinsertan los músculos oblicuos. Se comprueba la movilidad del globo ocular continuando posteriormente con la resección del nervio óptico y extracción del globo ocular. Se realiza hemostasia compresiva. Por otra parte se obtiene injerto dermograso, con morfología redonda-ovalada, de la región latero-posterior a nivel superior del muslo del paciente, realizando previamente desepitelización de dicha región, y presentándolo posteriormente en la cavidad orbitaria. Se procede a suturar con material reabsorbible, inicialmente, los músculos rectos y, posteriormente, la conjuntiva al injerto dermograso. Finalmente se coloca conformador.

*Resultados:* Al finalizar la intervención se objetiva la simetría facial y orbitaria entre el lado intervenido y el sano. Se debe tener presente que el injerto debe quedar ligeramente mayor a lo deseado para compensar la disminución de tamaño que se produce en los 3 meses postquirúrgicos.

*Conclusiones:* La cirugía de implante dermograso orbitario es una técnica muy útil, aunque de segunda elección, en pacientes donde la colocación de prótesis orbitarias ha fracasado en múltiples ocasiones. Se debe tener en cuenta que la variación de peso del paciente puede variar el tamaño del injerto una vez se ha implantado.

V-34

#### REPOSICIÓN DE LAMELA ANTERIOR COMO TRATAMIENTO DE ENTROPIÓN CICATRIZAL

RIVERA SALAZAR Jorge, ZARCO TEJADA José Manuel, VALDÉS GONZÁLEZ José Juan, ISPA CALLÉN Carmen, ÁLVAREZ PORTELA Marcelino, GONZÁLEZ DEL VALLE Fernando

*Propósito:* Mostrar la utilización del desplazamiento de lamela anterior con hendidura del borde palpebral en los casos de entropión cicatrízal medio o severo.

*Método:* Mediante una incisión en la línea gris del párpado, seguida de una incisión en el pliegue palpebral y separación de las lamelas anterior y posterior. Desplazamiento hacia arriba de la lámina anterior, creación de nuevo pliegue palpebral.

*Resultado:* La cirugía corrige el entropión cicatrízal y la triquiasis asociada.

*Conclusión:* La cicatrización causa retracción de todo el párpado; la cirugía de reposición de la lamela anterior, hendidura del borde libre es una buena alternativa en entropión cicatrízal.

V-35

#### ESTRECHAMIENTO ADQUIRIDO DE PUNTO LAGRIMAL: TRATAMIENTO CON DISPOSITIVO MINI MONOKA®

VALDÉS GONZÁLEZ José Juan, RIVERA SALAZAR Jorge, ISPA CALLÉN Carmen, ÁLVAREZ PORTELA Marcelino, ZARCO TEJADA José Manuel, NÚÑEZ SÁNCHEZ Agustín

*Propósito:* Tratar el estrechamiento adquirido del punto lagrimal asociado o no a canalículo proximal estrecho.

*Método:* Dilatamos el punto estrecho y realizamos una estricturectomía de 3 cortes no mayor de 1 mm y procedemos a colocar el dispositivo Mini MonoKa® previamente cortado para que entre 1 mm en el saco lagrimal a través del canalículo.

*Resultados:* Tras la retirada del dispositivo a las dos a tres semanas de un punto lagrimal y canalículo próximo abiertos.

*Conclusiones:* La utilización del dispositivo Mini MonoKa® es una buena alternativa para evitar el cierre de la estricturectomía sobre todo si el estrechamiento de punto esta asociado a canalículo estrecho.

V-36

#### DISTRIQUIASIS DE PÁRPADO SUPERIOR ;SOLUCIÓN QUIRÚRGICA RADICAL!

ZUBIETA GARCIA DÍAZ Alicia, ORLANDO GARBEY Henry, ARANGUREN LAFLIN Miren

*Propósito:* El tratamiento tradicional de la distriquiasis (pestañas anómalas que forman una línea ciliar más interior, y que nacen dentro de las glándulas de meibonio) consiste en su resección por electrolisis o bien por criocoagulación. Nuestro propósito es la realización de una técnica quirúrgica que nos asegure la eliminación de dichas pestañas en un solo acto.

*Método:* Utilizamos la técnica de la división de ambas lamelas con crioterapia de la lamela posterior, según Collin, mediante una variante que consiste en no realizar crioterapia, sino una escisión de una fina tira de tarso, que incluya todas las pestañas anómalas.

*Resultados:* El paciente, al mes de la intervención, presentaba una clara mejoría de su sintomatología: lagrimeo y sensación de cuerpo extraño. En la exploración comprobamos cómo no existen pestañas y cómo la queratitis ha desaparecido.

*Conclusiones:* Creemos que esta técnica es válida en casos donde la colaboración y el seguimiento del paciente pueda ser difícil. De esta forma aseguramos que mediante una sola intervención las pestañas anómalas desaparecen.

V-37

### CORRECCIÓN DE ESTRABISMO SECUNDARIO A PROCEDIMIENTO ESCLERAL

LÓPEZ-ROMERO MORALEDA Sonia, CELIS SÁNCHEZ Javier, BARRAJÓN RODRÍGUEZ Ángela, LÓPEZ MONDÉJAR Esperanza, JIMÉNEZ AMAT Luis, RIVERA SALAZAR Jorge

*Propósito:* Mostrar la cirugía realizada en una paciente con estrabismo secundario a cerclaje escleral.

*Método:* Se describe el caso clínico de una paciente operada de desprendimiento de retina del ojo derecho mediante cerclaje que desarrolla diplopía debido a estrabismo principalmente restrictivo, con exotropía e hipotropía de dicho ojo. Se muestra la cirugía realizada mediante liberación de adherencias y retroinserción de los músculos rectos lateral e inferior. Se muestran imágenes del alineamiento ocular postoperatorio.

*Resultados:* La cirugía realizada en este caso mediante la liberación de adherencias y la retroinserción de los músculos restrictivos fue satisfactoria para conseguir un buen alineamiento ocular y la desaparición de la diplopía, sin necesidad de retirar el cerclaje.

*Conclusiones:* La cirugía de estrabismo en ojos con cerclaje escleral es más laboriosa debido a la gran reacción fibrosa encontrada, siendo fundamental la liberación de adherencias para eliminar el factor restrictivo. No siempre es necesario extraer el explante para la corrección del estrabismo.

V-38

### INJERTO ESCLERAL Y RECUBRIMIENTO CONJUNTIVAL BIPEDICULADO EN PERFORACIÓN CORNEAL ESPONTÁNEA POR QUERATOPATÍA HERPÉTICA

ANDRÉS-LUNA BUREO Beatriz de, PÉREZ GANCEDO M.<sup>a</sup> Luisa, BASCONES ALVIRA M.<sup>a</sup> Luisa

*Propósito:* Demostrar la utilidad del injerto escleral con recubrimiento conjuntival en perforaciones espontáneas con pérdida de sustancia.

*Método:* Presentamos un vídeo de una paciente con perforación corneal espontánea secundaria a queratopatía herpética, a la que se le realiza injerto de esclera de donante y recubrimiento conjuntival bipediculado tras el fracaso previo de multiinjerto de membrana amniótica con utilización de lente de contacto de apoyo escleral en el postoperatorio.

*Resultados:* El tejido escleral se integra a las estructuras oculares con buen resultado funcional.

*Conclusión:* El pronóstico de la queratoplastia penetrante (KP) como tratamiento de la perforación corneal en fase de actividad ha sido considerado desalentador por las complicaciones postquirúrgicas. El injerto escleral es una alternativa paliativa y reversible que aporta estabilidad como solución transitoria previa a la KP.

V-39

### USO DE MEMBRANA AMNIÓTICA EN PTERIGIONS COMPLEJOS

CALVÃO-SANTOS Gil, SALGADO-BORGES José, MONTEIRO Manuel

*Propósito:* Pterigión es una formación fibrovascular triangular que se extiende desde conjuntiva hacia la córnea. El propósito de este caso es evaluar la eficacia de la utilización de la membrana amniótica en un caso de doble pterigión recidivante.

*Método y resultados:* Paciente de 46 años, cerrajero, sin antecedentes sistémicos de interés, que acude a la consulta por ojo derecho (OD) rojo y disminución de la agudeza visual OD. Antecedentes oculares: dos anteriores cirugías del pterigión OD (hace 8 y 4 años) y cirugía del pterigión OE hace 8 años. Agudeza visual mejor corregida (AVMC) OD: contar los dedos a 50 cm; AVMC OE- 20/20. En la biomicroscopía: OD-doble pterigión, altamente vascularizado, con bordes engrosados y con afectación límbica mayor de 6 mm; OE- normal. El paciente fue sometido a injerto de membrana amniótica porque había alto riesgo de recidiva y por el alcance de la zona implicada. El paciente se mantuvo durante 3 semanas con la membrana amniótica. Después de 3 meses: agudeza visual sin corrección OD-20/40 y AVMC OD-20/25; biomicroscopía OD revelo infiltrados estromales superficiales y periféricos con la zona central de la córnea transparente. A los 6 meses, los resultados fueron similares.

*Conclusión:* En pterigión recidivante con envolvimiento límbico y corneal extenso si no disponemos de conjuntiva sana para auto injerto libre, el injerto con membrana amniótica es una alternativa terapéutica válida y efectiva.

V-40

### LUZ CUANDO TODO FALLA: QUERATOPRÓTESIS DE BOSTON

CAPOTE YANES Eulalia, RODRÍGUEZ MARTÍN Javier, MARTÍN BARRERA Fernando

*Propósito:* Promover la opción de la queratoprótesis de Boston (KPB) como alternativa terapéutica en ojos con opacidad crónica corneal refractiva al tratamiento médico y quirúrgico disponible en la actualidad.

*Método:* Se muestra el caso de un paciente de 27 años con síndrome de Down y queratocono bilateral grado IV que padeció perforación ocular y enucleación de ojo derecho y ha recibido tres trasplantes de córnea y dos de membrana amniótica en su ojo único con rechazo recidivante a pesar del tratamiento tópico y sistémico, al que se decide realizar implante de (KPB).

*Resultados:* La técnica del implante de queratoprótesis tiene una corta curva de aprendizaje con relativa sencillez técnica. Mostramos el ensamblaje de sus componentes y su injerto, que ha permitido a un paciente con ceguera de causa corneal recuperar función visual.

*Conclusiones:* La KPB está indicada en aquellos pacientes sin visión debido a opacidad crónica en la córnea, ya sea por enfermedades congénitas, constitucionales, infecciosas o traumáticas, o que han sido tratados con trasplante de córnea o limbo sin éxito pero que todavía conservan capacidad de recuperación visual ante una nueva intervención. Creemos que debe estar en el arsenal terapéutico a tener en cuenta en aquellos casos refractivos en los que hasta ahora el pronóstico resultaba desalentador.

V-41

#### QUERATOPLASTIA ENDOTELIAL DE MEMBRANA DE DESCOMET (DMEK: DESCOMET MEMBRANE ENDOTHELIAL KERATOPLASTY)

DAPENA SEVILLA Isabel, MELLES Gerrit R.J., MOUTSOURIS Kyros

*Propósito:* Presentar nuestra técnica de Queratoplastia endotelial de membrana de Descemet (DMEK: Descemet membrane endothelial keratoplasty) empleada para el manejo de las alteraciones del endotelio corneal como distrofia endotelial de Fuchs o queratopatía bullosa.

*Métodos:* A través de una incisión de 3,5 mm en córnea clara, la membrana de Descemet (MD) del receptor es desprendida del estroma posterior en presencia de aire. Un disco de 9 mm de diámetro enrollado de MD donante preservada, es insertado en la cámara anterior del receptor, posicionado en contacto con el estroma posterior corneal y asegurado en su posición mediante el llenado completo de la cámara anterior con aire durante 45 minutos.

*Resultados:* Mostramos paso a paso nuestra técnica quirúrgica para el trasplante endotelial de membrana de Descemet, que incluye los conceptos del procedimiento, y los resultados clínicos.

*Conclusiones:* DMEK podría proporcionar una recuperación rápida y casi completa de la visión. Debido a que el tejido donante puede ser obtenido a partir de anillos córneo-esclerales donantes, el procedimiento podría ser fácilmente accesible para la mayoría de los cirujanos corneales.

V-42

#### LOA LOA CONJUNTIVAL

FERNÁNDEZ JIMÉNEZ-ORTIZ Héctor,  
GABARRÓN HERMOSILLA M.<sup>a</sup> Isabel, PUY GALLEGO Pilar

*Propósito:* Mostrar el recorrido subconjuntival de una hembra adulta de Loa Loa y su intento de extracción.

*Método:* Paciente guineana de 48 años que acude a consulta por sensación de cuerpo extraño en ojo derecho de dos días de evolución. Tras observarse con lámpara de hendidura el movimiento reptante subconjuntival de una formación vermiforme se diagnostica de Loa Loa y se graba en vídeo.

*Resultado:* Se extrae tras abrir ojal conjuntival y atrapar al parásito con pinzas, se envía a microbiología donde confirman el diagnóstico y se deriva a medicina interna para tratamiento sistémico.

*Conclusiones:* Loa Loa es un nematodo que se transmite a través de un vector (mosca Chrysops) en oeste y centro de África. Se diagnostica por su recorrido libre subconjuntival y posterior identificación microbiológica. Tras extraerlo de la conjuntiva se debe hacer tratamiento sistémico, puede afectar a riñones, corazón, sistema nervioso central por fenómenos de hipersensibilidad. En viajeros de larga estancia se recomienda quimioprofilaxis.

V-43

#### INJERTO ESCLERAL LIBRE CON COLGAJO CONJUNTIVAL EN NIÑA CON SÍNDROME DE TURNER

GARRIDO CONTRERAS Vanessa, BOVÉ GURI Marta,  
GARRALDA LUQUÍN Andrés

*Propósito:* Realización de injerto escleral libre con colgajo bipediculado conjuntival, ante perforación ocular por úlcera neurotrófica, en niña aquejada de Síndrome de Turner, a la que ya se le había realizado una queratoplastia y tres implantes de membrana amniótica.

*Método:* Iniciamos la cirugía con la utilización de pegamento tisular sobre la úlcera neurotrófica, para solucionar la gran hipotonía y poder inyectar viscoelástico en cámara anterior. Abrimos la conjuntiva más o menos un cuadrante y realizamos un tallado de esclera de 4 por 5 mm a mitad de espesor. Colocamos el injerto sobre la zona corneal previamente desepitelizada y limpia de tejido necrótico. Suturamos con nylon de 10/0. Posteriormente, realizamos periotomía de 180° pegada a limbo en la zona opuesta en que hemos tomado la esclera, y a partir de ahí hacia periferia se marca otro semicírculo de la anchura del injerto escleral que se corta con tijeras, disecando el plano subconjuntival, permitiendo el libre desplazamiento del colgajo sobre la córnea y suturándolo con puntos sueltos de nylon 10/0.

*Resultados:* Nuestra paciente mantuvo la superficie corneal y la cámara anterior estable, hasta que se le realizó una nueva queratoplastia.

*Conclusiones:* Creemos que ante la urgencia del caso y en pacientes en que se ha demostrado la rápida absorción de la membrana amniótica, la esclera y la conjuntiva son materiales idóneos por su disponibilidad inmediata y en doble injerto nos garantizan el sellado completo.

V-44

#### PERICARDIO BOVINO EN DEHISCENCIA ESCLERAL TARDÍA DE CIRUGÍA EXTRACAPSULAR

LÓPEZ FERRANDO Nicolás, MARTÍN BRAVO Ana, GALLARDO SÁNCHEZ Luis Miguel

*Propósito:* Mostrar la técnica de resolución de dehiscencia de heridas limbares o esclerales de antiguas cirugías extracapsulares

*Métodos:* Se emplea para el cierre pericardio bovino, que permite la resolución de heridas filtrantes con bordes distantes sin generar tracciones.

*Resultados y conclusiones:* El pericardio bovino permite el cierre de estas soluciones de continuidad evitando la sutura directa, y de este modo no generando astigmatismos elevados a la vez que acabando con las molestas ampollas de filtración y sus consecuencias indeseables.

V-45

#### QUERATOPLASTIA LAMELAR TERAPÉUTICA AUTOMATIZADA COMO TRATAMIENTO DE QUERATOCONO

ORTIZ EGEA José Manuel, GRANADOS CENTENO José Manuel, MARTÍN MELERO Óscar

*Propósito:* En el tratamiento quirúrgico del queratocono tradicionalmente se indica la queratoplastia lamelar anterior profunda (DALK) o la queratoplastia penetrante, pero en casos de espesores corneales mayores de 380 µm una alternativa efectiva es la queratoplastia lamelar terapéutica automatizada (ALTK).

*Método:* Para un queratocono moderado, con un espesor central de 423 µm y mala tolerancia a lentes de contacto se decidió realizar una ALTK. Para ello se obtuvo un injerto corneal donante de 350 µm de grosor, y se trepanó en el receptor de forma automatizada un botón corneal de 250 µm. Se procedió a sutura con 16 puntos no transfixiantes nylon 10/0. Posteriormente, para corregir el astigmatismo resultante se procedió una reapertura selectiva de la cicatriz injerto-receptor tipo «arquata».

*Resultados:* La agudeza visual (AV) sin corrección previa a cirugía era de 0,1, con corrección de -5,5 (-7,00 a 90°) alcanzaba 0,2. Tras un seguimiento de la paciente de 21 meses, su AV sin corrección es de 0,6, y con +1,50 (-1,75 a 100°) alcanza 0,7 de AV.

*Conclusiones:* Esta cirugía evidencia una vez más que como tratamiento quirúrgico de queratocono moderado o avanzado, la ALTK es tan eficaz como una queratoplastia penetrante convencional, además alcanza la estabilidad refractiva más rápidamente. El procedimiento quirúrgico es técnicamente sencillo y simple si se está familiarizado con la queratoplastia automatizada.

V-46

#### INJERTO LIBRE DE CONJUNTIVA DE GRAN TAMAÑO COMO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PTERIGIUM

PUY GALLEGO Pilar, FERNÁNDEZ JIMÉNEZ-ORTIZ Héctor, CORREDERA SALINERO Esther

*Propósito:* Mostrar una técnica de la cirugía del pterigium para mejorar sus resultados.

*Método:* Bajo anestesia subconjuntival se reseca la cabeza del pterigium con la ayuda de pinzas y hemostetas y la cápsula de Tenon subconjuntival perilesional. Se obtiene un injerto libre de gran tamaño de conjuntiva bulbar temporal superior y tras instilación de tissucol sobre el lecho episcleral donde se localizaba el pterigium se aposicionan los bordes del injerto con los de la conjuntiva receptora, en caso de que sobre tejido donante se recorta con vanas en el quirófano o en consulta en la primera revisión postoperatoria. Los bordes del lecho conjuntival donante se unen con tissucol.

*Resultados:* A pesar de la habitual retracción de la conjuntiva bulbar receptora, el injerto se adhiere perfectamente a sus bordes gracias a su gran tamaño, evitando también así dehiscencias postoperatorias de los bordes y disminuyendo el riesgo de aparición de quistes de la cápsula de Tenon.

*Conclusión:* En nuestras manos esta técnica quirúrgica simplifica la cirugía, a pesar de parecer más laboriosa, y nos parece que puede mejorar los resultados.

V-47

#### TRASPLANTE DE MEMBRANA AMNIÓTICA CON ADHESIVO DE FIBRINA EN TRATAMIENTO DE CONJUNTIVOCALASIA

RODRÍGUEZ ARES M.<sup>a</sup> Teresa, TOURIÑO PERALBA Rosario, BANDE RODRÍGUEZ Manuel Francisco

*Propósito:* Describir la técnica quirúrgica utilizada para la resolución de conjuntivocalasia mediante trasplante de membrana amniótica.

*Material y métodos:* Paciente de 63 años que presenta una conjuntivocalasia bilateral con lagrimeo, picor y escozor. Al no observarse mejoría sintomática con el tratamiento tópico, se interviene quirúrgicamente con implante de membrana amniótica sin sutura.

*Resultados:* Se presenta la técnica quirúrgica utilizada que consiste en la resección de conjuntiva y la realización de una cirugía de injerto de membrana amniótica adherida con adhesivo de fibrina.

*Conclusiones:* La membrana amniótica puede ser un sustrato ideal gracias a sus propiedades. La membrana amniótica estimula la proliferación y diferenciación de las células epiteliales, mantiene el fenotipo epitelial original, disminuyendo la cicatrización, la vascularización y la inflamación. Esta técnica quirúrgica produce una rápida recuperación debido a la menor inflamación postquirúrgica en comparación con la técnica con sutura. Además, mejora tanto los síntomas de conjuntivocalasia como los de la sequedad ocular asociada.

V-48

#### COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS EN EL DESPRENDIMIENTO DE RETINA DE LARGA EVOLUCIÓN

ARIAS PALOMERO Antonio, NÚÑEZ SÁNCHEZ Agustín, GONZÁLEZ DEL VALLE Fernando, LARA MEDINA Francisco Javier, RIVERA SALAZAR Jorge, ISPA CALLÉN Carmen, VELÁSQUEZ P.

*Propósito:* Mostrar las graves complicaciones que pueden estar asociadas al tratamiento quirúrgico del desprendimiento retiniano de larga data (más de diez años de evolución).

*Método:* Cirugía vítreo-retiniana pars plana 23G de cuatro vías usando un vitrectomo de 5000 cpm. Lavado de sangre de cámara anterior. Pelado de restos hialoideos, retinotomía amplia, pelado de fibrosis subretiniana, reaplicación retiniana con perfluorotano, endoláser e intercambio final con aceite de silicona. Durante la cirugía se producen dos graves complicaciones, la entrada masiva de perfluorotano subretiniano al principio de la misma (por no haber eliminado las tracciones retinianas de forma adecuada) y la entrada de aire subretiniano (cambio en la dirección del trócar por fibrosis y proliferación anterior) previo al intercambio final con aceite de silicona. Se solucionan las dos complicaciones realizando sendas retinotomías y aspirando a través de ellas el perfluorotano y el aire respectivamente.

*Resultados:* Se consigue la reaplicación retiniana al final de la cirugía y se mantiene la retina aplicada a los seis meses de evolución.

*Conclusiones:* La vitrectomía de 5000 cpm usando microescleroto-mías puede contribuir a la resolución de patología vítreo-retiniana grave. La entrada de perfluorotano y aire subretiniano pueden ser dos complicaciones graves en la cirugía del desprendimiento de retina de larga evolución.

V-49

**LUXACIÓN POSTERIOR DE CRISTALINO (S. DE MARFAN). LENSECTOMÍA Y COLOCACIÓN DE LIO ARTISAN RETROPUPILAR**  
CASTRO NAVARRO Joaquín, GONZÁLEZ CASTAÑO Carmen, MÉNDEZ COTO Sofía

*Propósito:* Presentar la técnica utilizada en el tratamiento de la luxación posterior de cristalino y corrección de la afaquia en un paciente joven con Síndrome de Marfan.

*Método:* Realizamos vitrectomía y lensectomía por pars plana, incisión escleral tunelizada y colocación de LIO Artisan retropupilar con fijación al iris para la corrección de la afaquia en un paciente de 20 años con síndrome de Marfan.

*Resultados y conclusiones:* Tras la cirugía la LIO se mantiene centrada y estable y el paciente alcanza una agudeza visual, sin corrección adicional, de 0,6. Si bien es necesario conocer la evolución a largo plazo, a priori la colocación de una LIO Artisan retropupilar puede ser una alternativa válida para corregir la afaquia en pacientes jóvenes con luxación posterior del cristalino.

V-50

**ESCLEROMALACIA POR INTRUSIÓN DE CERCLAJE EXTRA-ESCLERAL Y REPARACIÓN CON PARCHES DE ESCLERA DONANTE**  
COPETE PIQUERAS Sergio, LÓPEZ MARTÍNEZ Francisco, FLORES MORENO Ignacio

*Propósito:* Entre los efectos secundarios a largo plazo de la cirugía clásica del desprendimiento de la retina hallamos la intrusión del explante en el globo ocular, que puede dar lugar a perforaciones oculares, desprendimientos coroideos, uveítis anterior y posterior, y endoftalmítis.

*Método:* Varón de 73 años, miope magno, hipertenso y diabético operado hace 21 años de un desprendimiento de retina con cirugía clásica: cerclaje + explante circunferencial supero-temporal. Tras estos 20 años el paciente acude a urgencias por dolor ocular, con uveítis anterior, hipotonía ocular, desprendimiento coroideo e intrusión de la banda de cerclaje en globo ocular. Tras diagnosticarse perforación ocular por intrusión del cerclaje, se procede a la retirada del cerclaje y del explante, sutura de esclera con vicryl 7/0 y colocación de parche de esclera donante con tisuco.

*Resultados:* El paciente se encuentra subjetivamente bien y no se aprecian signos de inflamación ocular. La tensión ha subido hasta 8 mmHg y en el fondo de ojo se aprecia la retina a plano y resolución de los desprendimientos coroideos.

*Conclusiones:* La colocación de un parche de esclera donante supone un tratamiento válido para reconstrucciones esclerales en escleras debilitadas tras cirugías antiguas de desprendimiento retiniano.

V-51

**IMPLANTE SECUNDARIO Y VITRECTOMÍA 25G DE 5000 CPM EN PACIENTE CON LENSECTOMÍA PARS PLANA CONSERVANDO CÁPSULA ANTERIOR POR DESGARRO GIGANTE**  
GONZÁLEZ DEL VALLE Fernando, ARIAS PALOMERO Antonio, NÚÑEZ SÁNCHEZ Agustín, LARA MEDINA Francisco Javier, VALDÉS GONZÁLEZ José Juan, JIMÉNEZ AMAT Luis, LÓPEZ DE GARAYO María

*Propósito:* Mostrar la técnica quirúrgica de implante secundario asociada a vitrectomía pars plana por microesclerotomías, usando un vitrectomo de 5000 cpm, en pacientes sometidos a cirugía vítreo-retiniana previa (vitrectomía por desgarro gigante con lensectomía pars plana conservando la cápsula anterior).

*Método:* Primero se colocan los trócares para la realización de una vitrectomía pars plana 25G de 4 vías. A continuación se aspira la silicona de 5000 cpm. Después se procede al pulido de la cápsula anterior con el terminal de vitrectomo para permitir la visualización adecuada de la retina. A continuación se pelan las proliferaciones secundarias maculares (hialoideas, epirretinianas y membrana limitante interna). Capsulotomía anterior desde pars plana, implante de lente intraocular plegable acrílica hidrofóbica y luxación del cuerpo óptico a través de la capsulotomía.

*Resultados:* No existieron interferencias visuales durante la cirugía macular, ni paso de silicona a cámara anterior durante su extracción.

*Conclusiones:* La vitrectomía de 5000 cpm posibilita la cirugía por microesclerotomía en patologías vítreo-retinianas asociadas tradicionalmente a esclerotomías de 20G. La lensectomía pars plana conservando la cápsula anterior permite un segundo acercamiento quirúrgico para resolver la afaquia. La cirugía que mostramos proporciona una compartimentalización perfecta del globo ocular durante todos los procedimientos quirúrgicos anteriores y posteriores.

V-52

**VITRECTOMÍA COMPLEJA CON MÍNIMA INSTRUMENTACIÓN**  
NÚÑEZ SÁNCHEZ Agustín, GONZÁLEZ DEL VALLE Fernando, LARA MEDINA Francisco Javier, RIVEIRA VILLALOBOS Laura, DOMÍNGUEZ FENÁNDEZ M.ª José, CELIS SÁNCHEZ Javier

*Propósito:* En vítreo-retina la tendencia es usar equipos de vitrectomía integrados, multifuncionales y de altas prestaciones que hacen que se necesite menos material de mano (pinzas, tijeras, cánulas, pinceles, picas).

*Método:* Presentamos dos intervenciones consecutivas en una paciente joven con minusvalía, con un desprendimiento de retina total de al menos un año de evolución. En la primera se le retira toda la hialoidea adherida desde la papila con un vitrectomo 23G (Alcon Constellation®). Se aplana con perfluorooctano y se da láser. Se taponna con silicona. El desprendimiento recidiva y en la reintervención, después de comprobar que no hay nada sobre la retina, se le quitan hasta 5 proliferaciones subretinianas usando sólo dos pinzas desechables de membrana limitante interna (Grieshaber®) en bimanual, y dos luces auxiliares fijas (Torpedo®).

*Resultado:* La retina queda reaplicada. Con un equipo integrado que incluye el sistema de inyección-extrusión de fluidos viscosos, dos pinzas desechables y dos luces auxiliares se resuelve un desprendimiento de mal pronóstico.

*Conclusiones:* Los nuevos terminales de vitrectomía de calibres bajos, cortes altos y control de apertura y flujo, con colorantes y la ayuda de una modesta pinza desechable, hacen innecesarias muchas tijeras (horizontales, verticales, rectas, acodadas), pinzas (romas, diamantadas, subretinianas) y cánulas (aspiración pasiva, subretiniana), simplificando tanto la técnica como la logística.