

CASOS CLÍNICOS Y MANIOBRAS QUIRÚRGICAS DE INTERÉS



Libro de resúmenes



CC1

CIRUGÍA DE CATARATAS EN UN PACIENTE CON MEGALOCÓRNEA Y CORECTOPIA: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

María de la Cruz Roa Reyes, Nuria Velasco de Cos

Introducción: Descripción de un caso clínico de cirugía de catarata con diagnóstico establecido de megalocórnea.

Caso Clínico: Paciente varón de 66 años que acude a nuestro servicio para cirugía de cataratas con diagnóstico previo de megalocórnea. A la exploración presenta una agudeza visual corregida (MAVC) de 0,4 en ojo derecho (OD) y de 0,3 en ojo izquierdo (OI). La refracción era 180° -2,50 -2,50 y 170° -5,00 -1,00 en OD y OI. La queratometría topográfica era en OD 44,70D a 6° / 47,91 D a 96° y en OI 44,46 a 166° / 48,15 a 76°. El mínimo punto de paquimetría 406 micras y 414 micras en OD/OI. La medida de blanco-blanco fue 13,21 mm y 13,39 mm en OD/OI. La profundidad de la cámara anterior fue de 5,06 mm en OD y 5,37 mm en OI.

A la exploración por BMC se observa córnea de gran diámetro, corectopia con desplazamiento nasal de la pupila y catarata nuclear. Se decide cirugía del paciente realizándose cálculo de la lente con biometría óptica con apoyo topográfico. Se realiza facoemulsificación con implante de LIO en saco capsular previa colocación de retractores de iris. Durante la cirugía se observa leve facodonesis pero concluye sin desinserción capsular. En el postoperatorio la MAVC fue de 0,6 en AO con un equivalente esférico de 0 en OD y de -0,50 en OI.

Conclusión: La megalocórnea es un defecto ocular congénito no progresivo definido por aumento del diámetro corneal bilateral (>13 mm) en ausencia de hipertensión ocular. En el caso descrito se asociaba con leve opacidad estromal, corectopia y defectos del esfínter del iris que conlleva escasa midriasis. Una parte importante de su manejo se centra en la atención de las complicaciones asociadas como corrección de errores refractivos y cirugía en caso de cataratas. Los cirujanos debemos plantearnos que estos pacientes tienen mayor riesgo de subluxación del cristalino, mala dilatación y posible ruptura de la cápsula posterior además de que pueden presentar alteraciones asociadas y dificultan en el cálculo de la lente.

CC2

SÍNDROME DE DISTENSIÓN CAPSULAR DE APARICIÓN TARDÍA: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE PÉRDIDA VISUAL POSTOPERATORIA

Lourdes Salgueiro Tielas, Luis García Onrubia

Introducción: El propósito de este caso es poner de manifiesto la presentación clínica, el diagnóstico y el manejo del síndrome de distensión capsular (SDC). Una complicación poco frecuente tras la facoemulsificación.

Caso Clínico: Varón de 66 años que acude a Urgencias por pérdida de visión en su ojo izquierdo (OI) de semanas de evolución. Refiere visión borrosa que afecta a la totalidad de su campo visual en OI. Su historial oftalmológico incluye múltiples cirugías corneales en el ojo derecho por otra causa, así como cirugía de cataratas en ambos ojos hace 7 años. Su agudeza visual (AV) es de 1,0 en ambos ojos, con motilidad ocular intrínseca normal, una presión intraocular (PIO) de 14 mmHg en el OI y una fundoscopia sin hallazgos relevantes. La biomicroscopía del OI reveló una sustancia blanquecina-marrón, viscosa, localizada detrás de la lente intraocular (LIO). La tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (OCT-SA) mostró un material hiperreflectivo detrás de la LIO, en el espacio virtual entre la cara posterior de la LIO y la cápsula posterior. Por lo que se estableció el diagnóstico de SDC. El tratamiento consistió en una capsulotomía con láser Nd:YAG en el OI, seguida de tratamiento tópico con timolol combinado con brimonidina y una pauta descendente de dexametasona. A las 24 horas, el paciente refirió mejoría completa de la AV, la PIO se mantuvo dentro de límites normales y una nueva OCT-SA mostró ausencia de signos de síndrome de distensión capsular.

Conclusión: El SDC es una condición rara que ocurre en aproximadamente el 0,73 % de los pacientes sometidos a facoemulsificación. Se clasifica como de aparición temprana o tardía. Existen diferentes teorías sobre la patogenia del síndrome de distensión capsular de aparición tardía, siendo la más aceptada la que lo atribuye a células epiteliales lenticulares residuales que sufren metaplasia y proliferan, produciendo diversos tipos de colágeno y matriz extracelular que se acumulan en el saco capsular.

CC3

CEGUERA POR CAPSULOFIMOSIS ANTERIOR COMPLETA

Álvaro Vidal Huerta, Elena Domínguez Fraga

Introducción: La capsulofimosis anterior es una complicación conocida tras la cirugía de catarata. Aunque la literatura describe un mayor riesgo de capsulofimosis anterior con el tipo de lente intraocular acrílica hidrofílica monobloque utilizada en este caso, su presentación en una forma tan severa como la aquí descrita resulta excepcional.

Caso Clínico: Se presenta el caso de una paciente de 56 años que fue sometida a fa-coemulsificación y aspiración de la catarata del ojo derecho, que resultó sin incidencias con implante de lente intraocular acrílica hidrofílica monobloque en saco capsular. En la revisión a las 24h postcirugía, su agudeza visual era de 70 letras ETDRS y un postoperatorio dentro la normalidad. Dos meses después de la intervención, la paciente acude a urgencias debido a una pérdida visual progresiva y marcada. La exploración reveló una contracción progresiva del saco capsular con opacificación completa del eje visual y una disminución de la agudeza visual hasta 36 letras ETDRS, una caída significativa desde las 70 letras registradas al día siguiente de la cirugía en tan solo dos meses. Se observó la oclusión completa del eje pupilar causada por la fibrosis capsular antes del tratamiento (figura). La paciente recibió tratamiento mediante capsulotomía con láser Nd:YAG. Este procedimiento resultó en una apertura amplia del eje visual y una recuperación inmediata de la agudeza visual previa.

Conclusión: Este caso ilustra una presentación de capsulofimosis anterior de severidad excepcional, a pesar de ser una complicación esperable con cierto tipo de LIO. La rápida progresión a la oclusión completa del eje visual y la marcada reducción de la agudeza visual subrayan la importancia de su reconocimiento. El tratamiento mediante capsulotomía láser Nd:YAG demostró ser efectivo, logrando la reapertura del eje visual y la recuperación inmediata de la agudeza visual.

CC4

DESPLAZAMIENTO POST TRAUMÁTICO DEL FLAP CORNEAL POST LASIK 15 AÑOS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

Eileen Guerrero Chin Aleong, M.^a Alejandra Navas López

Introducción: Se trata de paciente de 48 años de edad con antecedentes de cirugía LASIK en 2010 quien recibió traumatismo con pelota de tenis en ojo derecho y consulta por dolor y disminución de la agudeza visual.

Caso Clínico: Al examen inicial se objetiva disminución de la mejor agudeza visual corregida (MAVC): 0,15, dolor, blefaroespasma, fotofobia y epífora. Examen biomicroscópico se evidencia desplazamiento del flap corneal superotemporal con desgarro en base nasal sin compromiso del eje visual, celularidad en cámara anterior y conmotio retinae superior.

Tratamiento: Tras evaluación para confirmar hallazgos descritos (Topografía corneal, fotografía del segmento anterior y retinografía de campo amplio) se realiza revisión, limpieza y reposición del flap con adaptación final de lente de contacto terapéutica de Senofilcon A en el quirófano bajo anestesia local en procedimiento sin complicaciones, con buena evolución post operatoria.

Evolución post operatoria: A las 24 horas se constata mejoría clínica significativa con incremento de la MAVC: 0,5. A la semana se evidencia MAVC: 1,0 a expensas de 130°; -1,00; -0,50, con notable mejoría en el patrón topográfico y en el mapa epitelial.

Conclusión: La predisposición al desplazamiento post traumático del flap siempre está presente, independientemente del tiempo transcurrido desde la operación inicial. Es esencial el diagnóstico y tratamiento inmediato para minimizar el riesgo de complicaciones que comprometan la agudeza visual.

CC5

CIRUGÍAS SECUENCIALES EN PACIENTE CON ALTA MIOPIA INTERVENIDO INICIALMENTE DE FOTO-QUERATECTOMÍA REFRACTIVA

Lucía Ibares Frías, Blanca García Valcárcel

Introducción: La corrección de la miopía en la década de 1990-2000, se realizaba habitualmente con láser de excímero: foto-queratectomía refractiva (PRK) y queratomileusis in situ asistida por láser (LASIK). En los casos de alta miopía corregidos con PRK, era frecuente una fibrosis del estroma superficial por la transformación de los queratocitos en fibroblastos. La consecuencia era un leucoma superficial central. Las técnicas quirúrgicas para resolver el problema no estaban muy desarrolladas, y se solía realizar una foto-queratectomía terapéutica (PTK) asociado con mitomicina. Con el desarrollo de la queratoplastia lamelar anterior superficial (SALK) se pudieron resolver los casos más graves, pero aparecía un nuevo problema: la refracción miópica inicial (parte). Presentamos un caso con estas características, pero complicado con un traumatismo.

Caso Clínico: Paciente intervenido en 1998 de PRK en su ojo izquierdo (anisometropía miópica de -10,00 D). En el postoperatorio tardío presentó una intensa fibrosis corneal superficial. En el año 2010, se realizó una SALK asistida por láser de femtosegundo. La AV con corrección mejoró, pero la refracción esférica aumentó. Por este motivo, se implantó una lente de apoyo en cuerpo ciliar (ICL). La cirugía y el postoperatorio se desarrollaron sin complicaciones. Dos años después, el paciente sufrió un traumatismo, produciéndose una hernia de iris que pasó desapercibida su hospital de referencia. Dos meses después acude a nuestro centro; a la exploración era evidente una hernia de iris y una catarata. Para resolver el problema se programó una lensexectomía con lente monofocal y una sutura de iris mediante técnica de Agarwal. El resultado morfológico y funcional del segmento anterior fue satisfactorio.

Conclusión: La córnea y el cristalino forman una unidad funcional, que requiere en muchas situaciones patológicas, establecer una estrategia quirúrgica combinada en ambas estructuras, simultánea o secuencial.

CC6

PANUVEÍTIS TRAS INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE FARICIMAB

Belén Alemany Benayas, Pablo Gili Manzanaro

Introducción: Faricimab es un nuevo anticuerpo monoclonal dirigido contra el factor de crecimiento vascular endotelial A y la angiopoyetina 2. La incidencia de inflamación intraocular tras inyección intravítrea de faricimab es muy baja, entre 1,5% y 2,4% en los ensayos clínicos fase III.

El objetivo fue analizar la incidencia de uveítis tras inyección intravítrea de faricimab en práctica real y presentar 2 casos de panuveítis bilateral tras inyección de faricimab.

Casos Clínicos: Estudio retrospectivo de una cohorte de 126 inyecciones intravítreas de faricimab, con una incidencia de uveítis sintomáticas del 1,6% (2 casos bilaterales).

Caso 1: Mujer de 76 años, con diagnóstico de DMAE exudativa en ambos ojos (AO) en tratamiento con 11 y 6 inyecciones aflibercept en ojo derecho (OD) y ojo izquierdo (OI). Se realizó cambio a faricimab por respuesta incompleta, con 4 inyecciones en AO.

A los 5 días de la última dosis acudió por pérdida visual con panuveítis bilateral moderada en OD y grave en OI, tyndall, precipitados queráticos (PRK), vitritis e hipertensión ocular en AO, hipopion en OI. No se evidenció vasculitis ni oclusión vascular. La vitritis respondió bien a corticoterapia tópica y oral tras 1 mes de seguimiento.

Caso 2: Mujer 82 años, con DMAE exudativa AO, tratada con 20 inyecciones previas de aflibercept en OI, 3 inyecciones de faricimab en OD y 4 en OI. Acudió a urgencias 20 días tras última inyección bilateral por disminución de visión y miodesopsias AO, con tyndall, PRK y leve vitritis. Con tratamiento corticoideo tópico y oral se resolvió la inflamación recuperando su visión previa.

Conclusión: La incidencia de uveítis tras inyección de faricimab en nuestra serie es similar a la descrita por otros autores. Nuestros casos fueron mujeres con DMAE, varias inyecciones bilaterales de faricimab, que respondieron bien al tratamiento. Es importante analizar los casos de inflamación intraocular en la práctica real y valorar posibles factores de riesgo.

CC7

CARACTERIZACIÓN FENOTÍPICA Y GENOTÍPICA DE ACROMATOPSIA ATÍPICA ASOCIADA A MUTACIONES EN CNGB3: DOS CASOS FAMILIARES

Ana Avendaño Flores, Romana García Gil

Introducción: La acromatopsia es una distrofia retiniana congénita poco frecuente, caracterizada por disminución de agudeza visual desde la infancia, discromatopsia, fotofobia y nistagmo. Su presentación clínica puede solaparse con otras distrofias retinianas, dificultando el diagnóstico precoz. La confirmación genética es esencial para orientar el manejo y el asesoramiento genético.

Caso clínico: Presentamos el caso de dos hermanas, de 57 y 61 años, en seguimiento por la Unidad de Distrofias Retinianas debido a una disminución progresiva de la agudeza visual bilateral con inicio en la infancia. En la exploración de fondo de ojo, ambas mostraban placas de atrofia macular central. La autofluorescencia (FAF) evidenció áreas de atrofia foveal bien delimitadas, y la tomografía de coherencia óptica (OCT) confirmó una atrofia coriorretiniana localizada en la región subfoveal, sin signos de tracción vitreomacular ni edema macular.

Ante la sospecha de una distrofia hereditaria, se realizó un estudio genético que identificó en ambas pacientes una mutación heterocigota compuesta en el gen CNGB3 [p. (Glu45*) y p. (Thr383Ilefs*13)], hallazgo compatible con el diagnóstico de acromatopsia. La correlación entre el fenotipo clínico y el perfil genético permitió descartar otras entidades con afectación macular central, como la enfermedad de Stargardt o la distrofia corioidea areolar central. La confirmación genética fue determinante para establecer el diagnóstico definitivo y orientar el seguimiento clínico y pronóstico de las pacientes.

Conclusión: Este caso subraya la importancia del diagnóstico diferencial en distrofias retinianas con afectación macular central y el papel clave del estudio genético en la confirmación diagnóstica, especialmente en formas de acromatopsia con fenotipo atípico. La identificación molecular permite un seguimiento personalizado y abre la puerta a futuras opciones terapéuticas dirigidas.

CC8

HEMORRAGIA PAPILAR SECUNDARIA A MACROANEURISMA ARTERIAL RETINIANO EN PACIENTE CON PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE

M.^a Carla Balmaseda Álvarez, Álvaro Ferragut Alegre

Introducción: Los macroaneurismas retinianos son dilataciones adquiridas de las ramas de la arteria central de la retina. Los factores de riesgo incluyen el sexo femenino, la edad superior a 60 años, la hipertensión arterial y la dislipidemia. Sin embargo, hasta la fecha, no se ha documentado ninguna asociación con la púrpura trombocitopénica inmune (PTI).

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 26 años con PTI refractaria a corticoides, que estaba en tercera línea de tratamiento con avatrombopag 20 mg/día, el cual fue suspendido una semana antes debido a trombocitosis (614000 plaquetas/ μ L). La paciente acudió a urgencias por hemorragia mucocutánea y alteraciones visuales. En el hemograma se observó una trombopenia severa de 5000 plaquetas/ μ L. Se realizó una interconsulta a oftalmología, donde se constató que la paciente mantenía una agudeza visual de 1/1, pero se identificó una hemorragia papilar unilateral, compatible con un macroaneurisma de la arteria nasal inferior, cuyo diagnóstico fue confirmado mediante OCTA. Se optó por una conducta expectante. Tres meses después, ante la falta de resolución, se programó una inyección intravítrea de antiangiogénico, que tuvo que ser suspendida debido a la severa plaquetopenia que presentaba (5000 plaquetas/ μ L). Dada la falta de control de la patología subyacente, se mantuvo un enfoque conservador, desestimando tratamientos con antiangiogénicos o láser, logrando la resolución completa de la hemorragia a los 4 meses.

Conclusión: Este caso es de particular interés por la asociación entre la presentación clínica oftalmológica y hematológica, así como la necesidad de un enfoque multidisciplinario en el manejo de la paciente.

CC9

MACULOPATÍA PARACENTRAL MEDIA AGUDA EN MIGRAÑA CON AURA

Luis C. Franco Fente, Lucía Sánchez Lorente

Introducción: La maculopatía paracentral media aguda (PAMM) es un infarto de la capa nuclear interna secundaria a isquemia del plexo vascular profundo. Está asociada a múltiples enfermedades vasculares retinianas y sistémicas, el consumo de vasopresores, el embarazo y la migraña. Es importante el uso de las técnicas de imagen multimodal para su correcto diagnóstico pudiendo así desenmascarar enfermedades potencialmente mortales.

Caso clínico: Varón caucásico de 43 años que acude a urgencias refiriendo escotoma en ojo Derecho (OD) de 4 días de evolución tras un episodio de migraña con aura visual con síntomas positivos que duró menos de 1 hora. Como antecedentes personales destacan dislipemia, comunicación interventricular (CIV) y episodios de migraña con aura.

Su mejor agudeza visual corregida (MAVC) fue de 1,0 en ambos ojos. La biomicroscopia y la presión intraocular eran normales. La funduscopia revelaba papilas y vasos sanos sin signos de oclusión. En la tomografía de coherencia óptica swept-Source (SS-OCT) aparece una banda hiperreflectiva perifoveal nasal en capas medias de la retina del OD. No presenta síntomas compatibles con arteritis de células gigantes. La tensión arterial era 124/81 mmHg. En la ecografía doppler de troncos supraaórticos no se evidencian placas ateromatosas siendo la resonancia magnética nuclear normal. El electrocardiograma evidenció un bloqueo de rama derecha asociado a CIV. Se diagnostica de PAMM en el OD secundario a un episodio de migraña con aura. Al mes, la AVMC era 1,0 con resolución de la hiperreflectividad en capas medias.

Conclusión: Se han descrito 5 casos de PAMM tras un episodio de migraña. Existe una densidad vascular reducida en los plexos superficial y profundo y aumento del área avascular foveal en pacientes afectados de migraña en OCT.

El diagnóstico de PAMM requiere un índice de sospecha elevado ya que puede presentarse con AV y funduscopia normales, pero se asocia a enfermedades sistémicas graves.

CC10

ENFERMEDAD DE OGUCHI TIPO 1 EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: DIAGNÓSTICO CLÍNICO, FUNCIONAL Y GENÉTICO

Elisa Funes Pérez, Clara Laiglesia Rustarazo

Introducción: La enfermedad de Oguchi es una retinopatía estacionaria congénita con herencia autosómica recesiva que se caracteriza por nictalopía desde la infancia y que está causada por una mutación ya sea en el gen SAG (ubicado en 2q37), que codifica la arretina, o en el gen GRK1 (ubicado en 13q34), que codifica la rodopsina quinasa. El fondo de ojo en personas con enfermedad de Oguchi es normal tras la adaptación a la oscuridad, pero muestra un peculiar brillo dorado después de la exposición a la luz (fenómeno de Mizuo-Nakamura).

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 63 años con lupus eritematoso sistémico (LES) a la que durante el cribado con retinografía por tratamiento con hidroxiclo-roquina se le detecta en ambos ojos un brillo metálico dorado en polo posterior y retina periférica. En la anamnesis, la paciente refiere ceguera nocturna desde la infancia que no ha progresado con el paso de los años y no refiere otras alteraciones visuales. La agudeza visual (AV) corregida es de 1,0 en ambos ojos, catarata nuclear leve en ambos ojos y fondo de ojo con brillo dorado metálico sin signos degenerativos. La tomografía de coherencia óptica (OCT) macular no reveló alteraciones estructurales relevantes salvo aumento de reflectividad en capas externas. Tras 90 minutos de adaptación a oscuridad se confirmó fenómeno de Mizuo-Nakamura. El electroretinograma (ERG) evidenció disfunción de bastones en condiciones escotópicas con respuestas fotópicas y multifocales normales. El estudio genético identificó una variante patogénica del gen SAG en homocigosis, compatible con diagnóstico de enfermedad de Oguchi tipo 1.

Conclusiones: El caso ilustra una forma típica de enfermedad de Oguchi tipo 1 en paciente adulta con LES. La nictalopía desde la infancia, el fenómeno de Mizuo-Nakamura y la disfunción de bastones fueron claves en la orientación diagnóstica. El diagnóstico genético fue determinante para la confirmación diagnóstica.

CC11

INFLAMACIÓN INTRAOCULAR TRAS INYECCIONES INTRAVÍTREAS DE FARICIMAB: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Olga Gil Bordas, Júlia Widmer Pintos

Introducción: Faricimab es un anticuerpo biespecífico aprobado para tratar degeneración macular asociada a la edad neovascular (DMAEn), edema macular diabético y edema macular secundario a oclusión venosa retiniana. Aunque los estudios no mostraron aumento de efectos adversos, en la práctica clínica se han reportado casos de inflamación intraocular (IIO). Presentamos tres casos de IIO tras inyecciones intravítreas (IIV) de faricimab, diagnosticados y tratados entre 2024 y 2025.

Caso 1: Mujer de 89 años con DMAEn en ojo derecho, previamente tratada con ranibizumab y aflibercept, en pauta de faricimab cada 8 semanas. Tras la tercera IIV presentó inflamación anterior severa, vitritis moderada e hipertensión ocular (40 mmHg). Se descartó infección tras cultivo negativo y mejoró con corticoides e hipotensores, recuperando su agudeza visual basal.

Caso 2: Varón de 78 años con DMAEn en ojo izquierdo, previamente tratado con ranibizumab y aflibercept, en pauta de faricimab cada 6 semanas. Tras la séptima IIV presentó inflamación intraocular leve con hipertensión ocular (28 mmHg), sin signos de infección o vasculitis. Recibió corticoides subtenonianos, tópicos y orales, con recuperación visual a los dos meses.

Caso 3: Mujer de 82 años con DMAEn en ojo izquierdo, previamente tratada con aflibercept, en pauta de faricimab cada 4 semanas. Tras la tercera IIV desarrolló uveítis leve y vitritis con presión intraocular de 16 mmHg, sin signos infecciosos. Tratada con corticoides tópicos y subtenonianos. Resolvió en menos de dos semanas con mantenimiento de la agudeza visual.

Conclusiones: Faricimab puede inducir IIO de probable origen inmunológico. Ningún caso se produjo tras la primera IIV, sugiriendo un mecanismo de sensibilización progresiva. No se detectaron signos infecciosos ni vasculitis. La respuesta al tratamiento con corticoides fue adecuada. Aunque la resolución fue lenta en la mayoría, todos evolucionaron favorablemente con recuperación visual completa.

CC12

AVULSIÓN PARCIAL DEL NERVIÓ ÓPTICO SECUNDARIA A TRAUMA CONTUSO: EVALUACIÓN MULTIMODAL

Alfonso Miranda Sánchez, Adrián Ramírez Álvarez

Introducción: La avulsión traumática del nervio óptico (NO) es una entidad infrecuente y devastadora que se produce por una desconexión parcial o completa del NO en su inserción con el globo ocular, habitualmente tras traumatismos contusos. Su diagnóstico requiere un alto grado de sospecha clínica, apoyado en hallazgos ecográficos y tomográficos. En la literatura, los casos son escasos y su pronóstico visual suele ser muy pobre.

Caso clínico: Varón de 12 años, sin antecedentes relevantes, que consulta por disminución de agudeza visual en el ojo derecho tras recibir un impacto con un balón de baloncesto dos meses antes. Una ecografía previa había sido informada como hemorragia subhialoidea y excavación papilar aumentada. En la evaluación en nuestra unidad se decidió ingreso para realizar vitrectomía vía pars plana. Durante la cirugía se identificó una hemorragia vítrea densa, sin tracción vítreo-macular, con un aspecto atípico del NO compatible con avulsión parcial del mismo. En el posoperatorio, la agudeza visual fue inicialmente 20/800, y mejoró progresivamente a 20/400 en el día 7, aunque con hipertensión ocular secundaria. La ecografía mostró el signo del «escalón» retiniano y la OCT reveló una zona hiporreflectiva prominente en la cabeza del NO, ambos hallazgos sugestivos de avulsión parcial. Se revisaron los mecanismos fisiopatológicos más aceptados: rotación ocular con anteriorización del mismo en traumatismos cerrados.

Conclusión: La avulsión del NO debe considerarse en pacientes jóvenes con pérdida visual súbita tras traumatismo cerrado, especialmente si existen hallazgos ecográficos o tomográficos sugestivos. El reconocimiento precoz permite evitar tratamientos innecesarios y orientar el pronóstico. Aunque no existe tratamiento efectivo para revertir la avulsión, el manejo de las complicaciones asociadas - como hemorragia vítrea o hipertensión ocular - puede contribuir a preservar parte de la agudeza visual en casos de avulsiones incompletas.

CC13

MELANOMA DE CUERPO CILIAR CON DESPRENDIMIENTO DE RETINA SEROSO EN MUJER JOVEN

Pedro E. Navarro López de Teruel, José Belda Márquez

Introducción: El melanoma de cuerpo ciliar es un tumor uveal poco frecuente, cuyo lento crecimiento y localización retroiridiana hacen que inicialmente cause síntomas vagos o sea un hallazgo incidental. La imagen multimodal resulta esencial para la valoración de su naturaleza maligna, delimitar la extensión y planificar tratamiento.

Caso clínico: Mujer de 35 años, sin antecedentes oftalmológicos, remitida por disminución visual progresiva de ojo izquierdo. La biomicroscopía mostró una masa pigmentada retroiridiana nasal que inducía discoria y catarata incipiente, junto a placa escleral hiperpigmentada perilimbar sugerente de invasión localizada. El fondo de ojo evidenció desprendimiento seroso inferior que alcanzaba la retina media, con mácula a plano. La ecografía modo B de alta frecuencia demostró lesión sólido-heterogénea con desprendimiento coroideo peritumoral relativamente plano. OCT macular y OCT-angiografía descartaron afectación foveal. La resonancia magnética orbitocerebral confirmó una masa 8 × 6 × 12 mm, hiperintensa en T1 e hipointensa en T2, sin extensión extraescleral ni metástasis orbitarias. Agudeza visual 0,7; PIO 14 mmHg. El comité uveal concluyó melanoma de cuerpo ciliar sin aparente extensión extraescleral y propuso enucleación terapéutica. Se realizó TAC toraco-abdominopélvico y marcadores hepáticos preoperatorios, y se informó a la paciente sobre pronóstico, alternativas y adaptación protésica.

Conclusiones: La correlación de biomicroscopía, ecografía, resonancia magnética y TAC permite diagnosticar con precisión los melanomas de cuerpo ciliar y definir su extensión, permitiendo así la planificación terapéutica y valoración de pronóstico vital.

CC14

ENFERMEDAD DE COATS DEL ADULTO

María Portillo Martínez, Fernando López Herrero

La enfermedad de Coats es una vasculopatía retiniana exudativa de carácter idiopático que suele aparecer en varones durante la primera década de la vida. No obstante, existen casos de debut en la edad adulta, los cuales suelen mostrar una progresión más lenta y una menor extensión de la enfermedad. Cabe destacar la importancia de un adecuado diagnóstico diferencial, teniendo en cuenta otras entidades que cursen con hallazgos similares.

Se presentan 3 casos de enfermedad de Coats del adulto (2 mujeres y 1 varón) con edades comprendidas entre los 25 y los 64 años, que consultaron por disminución progresiva de agudeza visual unilateral de meses de evolución. En la exploración fundoscópica se observó en todos los casos un cuadro exudativo-telangiectásico florido que afectaba al área macular, así como la existencia en 2 de ellos de un desprendimiento de retina exudativo. En la tomografía de coherencia óptica (OCT) se evidenciaba edema macular y exudados, y en la angiografía-tomografía de coherencia óptica (OCT-A) telangiectasias vasculares. La angiografía fluoresceínica (AGF) mostró tortuosidad vascular retiniana y telangiectasias con hiperfluorescencia precoz y extravasación tardía, así como zonas de isquemia asociada. Estos pacientes fueron tratados con inyecciones intravítreas de Faricimab y fotocoagulación de los vasos telangiectásicos, con una disminución generalizada de la exudación.

La presentación de enfermedad de Coats en el adulto constituye un auténtico desafío diagnóstico por su escasa frecuencia. Suele presentar un curso evolutivo más lento, con una afectación retiniana menos extensa, una mejor respuesta al tratamiento y una mayor tasa de recuperación de agudeza visual final. Por ello, es de suma importancia conocer los hallazgos clínicos de esta entidad y realizar un correcto diagnóstico diferencial para poder alcanzar el diagnóstico de los casos más atípicos e instaurar un tratamiento de forma temprana.

CC15

AMILOIDOSIS POR TRANSTIRRETINA CON AFECTACIÓN OCULAR: DIAGNÓSTICO DE AMILOIDOSIS VÍTREA TRAS CIRUGÍA DE CATARATA

Lourdes Salido Díaz Lourdes, Rebeca Estévez Domínguez

La amiloidosis por transtirretina (ATTR) es una enfermedad multisistémica causada por el depósito extracelular de transtirretina mal plegada. En su forma hereditaria, asociada a mutaciones del gen TTR, puede afectar el corazón, sistema nervioso y, menos frecuentemente, el ojo. La afectación ocular, aunque infradiagnosticada, puede tener manifestaciones graves como infiltración vítrea, glaucoma, neuropatía óptica y retinopatía.

Presentamos el caso de un varón de 79 años con ATTR hereditaria confirmada (mutación Val50Met), con afectación cardiaca con una miocardiopatía restrictiva y afectación neuropática sensitivo-motora a nivel periférico, en tratamiento con patisirán.

Acudió para cirugía de catarata en ojo izquierdo. En el postoperatorio, queda con agudeza visual de movimiento de manos. Se diagnostica inicialmente de desprendimiento de retina total, pero la ecografía ocular descartó tal hallazgo y reveló infiltración vítrea. Se sospechó amiloidosis ocular con afectación vítrea. Se realizó vitrectomía pars plana, obteniéndose vítreo anormalmente denso y fibrilar. Se obtuvieron muestras de vítreo en seco y se enviaron de forma inmediata en fresco al servicio de anatomía patológica para su análisis específico. El análisis histopatológico confirmó la presencia de depósitos amiloides mediante tinción con rojo Congo.

El paciente evolucionó favorablemente, con mejoría visual significativa, tras la cirugía.

Hay que destacar que la progresión ocular puede ser independiente del tratamiento sistémico, ya que el ojo produce transtirretina localmente a nivel del epitelio pigmentario de la retina y el cuerpo ciliar. El manejo incluye vitrectomía para mejorar la visión y control del glaucoma si aparece.

Este caso subraya la importancia de una evaluación ocular en pacientes con ATTR hereditaria, incluso en pacientes asintomáticos, pues puede revelar manifestaciones oculares graves que requieren tratamiento específico.

CC16

SÍNDROME DE GITELMAN Y CALCIFICACIONES ECTÓPICAS RETINIANAS

José C. Valera Avila, Javier Gismero Rodríguez

Introducción: Los osteomas coroideos son tumores benignos, infrecuentes y habitualmente unilaterales, que pueden pasar desapercibidos en pacientes asintomáticos. Su asociación con trastornos sistémicos es excepcional. Presentamos un caso de hallazgo incidental de lesiones subretinianas bilaterales compatibles con osteomas, en un paciente con antecedentes complejos, entre ellos síndrome de Gitelman y macroglobulinemia de Waldenström.

Caso clínico: Varón de 75 años en seguimiento por macroglobulinemia de Waldenström, acude a revisión oftalmológica sin síntomas visuales. AV: OD MM (ambliopía), OI 0,5 e nm. PIO AO 14 mmHg. Se observa catarata bilateral y exotropía sensorial OD. En fondo de ojo se identifican placas hipopigmentadas subretinianas sobreelevadas en ambas arcadas temporales. La OCT muestra tumoraciones subretinianas protruyentes, sin líquido intra- ni subretiniano. Se realizaron pruebas complementarias: angiografía fluoresceínica (AFG), autofluorescencia y ecografía ocular, que mostró lesiones hiperecogénicas con sombra acústica posterior, hallazgos compatibles con calcificaciones retinianas. Tras valoración por retina, se concluyó que se trataba de osteomas coroideos múltiples. Destaca como antecedente el síndrome de Gitelman, diagnosticado en enero de 2024, con hipomagnesemia e hipopotasemia crónicas, que podrían favorecer depósitos cálcicos. Se descartó origen metastásico y se mantuvo seguimiento oftalmológico.

Conclusión: La exploración oftalmológica rutinaria puede revelar hallazgos relevantes en pacientes con patologías sistémicas complejas. Este caso sugiere una posible asociación entre osteomas coroideos múltiples y el síndrome de Gitelman, una relación apenas descrita hasta la fecha.

CC17

**DISTROFIA MACULAR ASOCIADA A MUTACIONES BIALÉLICAS EN CERKL:
PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Nuria Velasco - De Cos, Cristina Fernández García

Introducción: Las distrofias hereditarias de retina asociadas al gen CERKL presentan un espectro clínico amplio, desde formas severas de retinosis pigmentaria (RP) hasta fenotipos atípicos como la atrofia macular con parches periféricos. Estudios recientes, como el multicéntrico internacional de Ophthalmology Retina (2023), han ampliado el conocimiento sobre la progresión natural y las manifestaciones fenotípicas, subrayando la heterogeneidad interindividual incluso en pacientes con variantes similares.

Caso clínico: Mujer, 50 años, sin antecedentes familiares de distrofias retinianas. Síntomas iniciales de pérdida de visión central, fotofobia, nictalopía y marcada dificultad para la adaptación a cambios de iluminación. La exploración oftalmológica reveló agudeza visual corregida de 0,5 en OD y 0,3 en OI. La funduscopia mostró atrofia macular geográfica con depósitos mínimos y parches de atrofia periférica pigmentada. El campo visual 30-2 evidenció severa afectación concéntrica asociando escotomas centrales y paracentrales. La visión cromática estaba alterada y manifestaba una fotofobia marcada. El estudio electrofisiológico confirmó una maculopatía con pérdida eléctrica central severa y retinopatía periférica simétrica de predominio en capas externas. El análisis genético detectó dos variantes en heterocigosis en CERKL, una patogénica y otra probablemente patogénica, pendientes de confirmación en trans. El diagnóstico clínico fue de distrofia hereditaria de retina asociada a CERKL.

Conclusiones: Este caso apoya la creciente evidencia de que las mutaciones bialélicas en CERKL no solo se asocian a formas clásicas de RP, sino también a distrofias maculares con afectación periférica parcheada. La caracterización fenotípica detallada, junto al análisis genético, es esencial para un diagnóstico preciso, pronóstico visual y asesoramiento genético. La ausencia de tratamiento efectivo subraya la importancia del seguimiento multidisciplinar y de futuras terapias génicas.

CC18

PARÁLISIS BILATERAL DEL III PAR CRANEAL. SÍNDROME PARANEOPLÁSICO CON AFECTACIÓN OFTALMOLÓGICA.

Carlos Campo Beamud, Jesús Bastante Quijano

Introducción: Los síndromes paraneoplásicos (SPN) se definen como la afectación de órganos y tejidos alejados de un tumor primario, mediados por mecanismos inmunológicos desencadenados por el tumor. Presentan una incidencia baja (8% de los pacientes oncológicos), mientras que sólo el 0,1-0,01% de ellos presentarán SPN con manifestaciones oftalmológicas (SPNO). Los SPNO pueden afectar a la vía visual aferente, produciendo disminución de la agudeza visual principalmente, o a la vía visual eferente, causando trastornos de la motilidad.

Caso Clínico: Varón de 68 años, fumador de 40 cigarrillos/día desde los 12 años, diagnosticado de cáncer pulmonar epidermoide. Fue derivado al servicio de oftalmología por diplopía intensa, que mejoraba al cerrar uno de los ojos. A la exploración física presenta una exotropía bilateral en posición primaria de la mirada, estando limitados todos los movimientos de la mirada excepto la abducción. Además, presenta ptosis del párpado superior izquierdo y dudosa fatigabilidad, siendo diagnosticado de parálisis bilateral del III par craneal.

Se realizó una RMN cerebral con la que se descartó afectación metastásica intracraneal. Ante la sospecha de un SPNO, se solicitaron anticuerpos en sangre siendo negativos los ac. antirreceptor de acetilcolina (Ac. antiACTH), y positivos los ac. anti-titina. Se realizó electromiograma de fibra única sobre el músculo orbicular con jitter +, siendo sugestivo de síndrome miasteniforme (MG).

Conclusión: Aunque lo más frecuente es que el SPNO de MG sea desencadenado por tumores como el timoma o el cáncer de pulmón microcítico, otros tumores pueden desencadenarlo, como podemos ver en este caso. La ausencia de ac. antiACTH no descarta su presencia. Ante pacientes con SPNO debe descartarse la afectación neoplásica directa, causas nutricionales, metabólicas, infecciosas o iatrogénicas; e investigar causa tumoral si aún no está diagnosticado.

CC19

CUANDO LA MÁCULA SE DESPLAZA: UN CASO DE ECTOPIA MACULAR Y ESTRABISMO EN UN NIÑO NACIDO PREMATURAMENTE

María Barrios Román, Isabel Portillo Pineda

Introducción: La heterotopia macular consiste en el desplazamiento de la mácula desde su posición habitual a otro punto de la retina debido a tracción vítreoretiniana. La causa más común, en hasta el 75 % de los casos, es la retinopatía del prematuro (ROP). Este desplazamiento altera el ángulo entre el eje visual y pupilar, generando un «pseudoestrabismo», aun cuando la mácula sea anatómicamente normal. Se presenta un caso atendido en nuestro hospital que ilustra la relación entre estrabismo, ROP y ectopia macular, así como su abordaje clínico.

Caso clínico: Niño de 6 años derivado por estrabismo divergente de ángulo variable y ambliopía profunda en el ojo derecho (OD). En la primera consulta se detecta hipermetropía elevada (+5,75/+4,25), se prescribe corrección óptica y oclusiones, y se remite a Oftalmología Pediátrica. En la segunda consulta, al revisar antecedentes perinatales, se identifica nacimiento pretérmino moderado con bajo peso. Con corrección óptica mejora la agudeza visual y se observa exotropía de -8° en ojo izquierdo (OI); sin corrección aparece endotropía de $+8^\circ$. El test de Worth no muestra supresión. La fundoscopia y tomografía de coherencia óptica revelan ectopia macular bilateral, más acusada en OI. Se diagnostica endotropía acomodativa y ectopia macular bilateral, probablemente secundaria a ROP no diagnosticada en el nacimiento. Se continúa con tratamiento óptico y oclusiones. A los 6 meses, la agudeza visual es de 1 en ambos ojos, aunque persiste fijación excéntrica en OI (-8°).

Conclusiones: Ante estrabismo y baja agudeza visual en niños, es clave realizar una anamnesis completa, incluyendo datos gestacionales y perinatales, además de una evaluación oftalmológica exhaustiva antes del tratamiento. La ambliopía relacionada con ectopia macular puede mejorar con tratamiento intensivo, pero los estrabismos residuales requieren una valoración cuidadosa, ya que la cirugía estética podría no ser adecuada.

CC20

IMPLANTE DE LENTE TRIFOVAL EN CATARATA UNILATERAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO: INDICACIÓN Y RESULTADOS

Ana M.^a Abad Pascual, Javier Ramos Duarte

Introducción: Se presenta el caso de una paciente de 6 años diagnosticada de catarata posterior, sometida a cirugía con implante de lente intraocular trifocal. En los últimos años ha surgido el debate sobre la efectividad del uso de lentes multifocales en este tipo de pacientes, pero apenas hay casos descritos donde se hayan usado lentes trifocales.

Caso clínico: Niña de 6 años que acudió a nuestra consulta por sospecha de baja visión en el ojo izquierdo. En la exploración, el ojo derecho presentaba una agudeza visual de 20/20 sin defecto refractivo significativo ni alteraciones en el segmento anterior o funduscópicas.

En el ojo izquierdo, la agudeza visual era de 20/125 siendo la refracción tanto mediante retinoscopía como mediante refracción automatizada variable y errática. La biomioscopía mostró una opacificación cristalina posterior que condicionaba un defecto refractivo variable y no cuantificable con fiabilidad, siendo el resto de la exploración compatible con la normalidad. La estereopsis preoperatoria valorada mediante el test de TNO (Test de Nederlandse Organisatie) se encontraba en 1980". En esta situación se decidió cirugía de la catarata con implante de lente ocular trifocal para intentar rehabilitar la función visual a distintas distancias. La cirugía se llevó a cabo sin complicaciones tras lo que se inició una terapia oclusiva intensa del ojo dominante. Tres meses tras el procedimiento la agudeza visual lejana era de 20/33 y la visión próxima (40 cm) 20/25. Asimismo, la estereopsis mostró una mejoría significativa, alcanzando valores de 1200" al TNO.

Conclusión: En pacientes pediátricos cuidadosamente seleccionados, el implante de una lente intraocular trifocal representa una opción terapéutica efectiva para la restauración de la función visual, permitiendo una buena visión en distancias cercanas, intermedias y lejanas.

CC21

MONITORIZACIÓN ICONOGRÁFICA CON RETINÓGRAFO ICON EN LA RETINOPATÍA DEL PREMATURO TRATADA CON ANTI-VEGF

Aránzazu Caro Ortega, Andrea Díaz Barrón

Introducción: La retinopatía del prematuro (ROP) es una causa relevante de ceguera infantil. Su incidencia ha aumentado con los avances neonatológicos, que han mejorado la supervivencia de prematuros extremos. Un diagnóstico y tratamiento oportunos pueden prevenir la ceguera.

Presentación del caso: Recién nacido prematuro de 24 semanas de edad gestacional (EG) y 485 g de peso al nacer. Se realiza cribado de ROP a las 33+4 semanas de EG según protocolo.

Diagnóstico y tratamiento: La exploración oftalmológica muestra ROP grado 2/3 pre-plus en zona 2, con 12 horas de extensión en ambos ojos (AO). Se administra ranibizumab intravítreo (0,02 mL de Lucentis® 10 mg/mL) en AO a las 34 semanas de EG. El seguimiento con retinografías de campo amplio ICON documenta regresión clínica.

Conclusión: El retinógrafo ICON proporciona ventajas significativas en la visualización detallada de la periferia retiniana, permitiendo una evaluación más completa del fondo de ojo. Además, su capacidad de adquisición de imágenes de alta resolución facilita el seguimiento de cambios patológicos a lo largo del tiempo, mejorando la monitorización y la toma de decisiones.

La introducción de terapias anti-VEGF ha revolucionado el manejo de la ROP, proporcionando una alternativa menos invasiva y más accesible que el tratamiento convencional con láser. Actualmente, es considerado el tratamiento de elección. Sin embargo, su uso plantea interrogantes sobre los posibles efectos adversos sistémicos y la necesidad de un seguimiento prolongado para detectar recurrencias.

CC22

NEUROPATÍA ÓPTICA HEREDITARIA DE LEBER: CUANDO LA VISIÓN SE APAGA Y LA CIENCIA BUSCA UN DESTELLO

Amaia de Madariaga Azcuenaga, Cristina López López

Introducción: La Neuropatía Óptica Hereditaria de Leber (LHON) es una patología aguda o subaguda, de herencia mitocondrial, que afecta a varones jóvenes. Existen 3 mutaciones, responsables del 90% de los casos, que originan un daño a las células ganglionares de la retina, causando una importante discapacidad visual. La Idebenona, un análogo de la Co-enzima Q10, como tratamiento precoz ha demostrado ayudar a estabilizar y/o mejorar la agudeza visual.

Caso clínico: Varón de 12 años que acude a urgencias por escotoma central en ojo izquierdo (OI) de 7 días de evolución, sin antecedentes personales o familiares de interés. La agudeza visual (AV) es de 0,5 en el ojo derecho (OD) y de cuentadados a 1,5m en OI. La sensibilidad al contraste está reducida al 20% y presenta discromatopsia en el OI. En la tomografía de coherencia óptica (OCT) la capa de fibras nerviosas retinianas (CFNR) está alterada en ambos ojos, y las células ganglionares (CGR) están adelgazadas en el OI. El segmento anterior no presenta alteraciones, pero en la funduscopia se observa unas papilas ópticas con bordes nasales e inferiores borrados y sobreelevados. La exploración neurológica es anodina y, a la espera de los resultados de autoinmunidad y enfermedades desmielinizantes, se inicia tratamiento con bolos de corticoides. Siendo los resultados de las pruebas negativos, y ante la escasa respuesta a corticoides, se plantea el diagnóstico de LHON y se inicia tratamiento con Idebenona. Mediante análisis de ADN sanguíneo, se detecta la variante patogénica m. 14484T > C en el gen MTND6 en homoplasmia. Se observa progresivamente una mejoría de la agudeza visual (AV OD 1,2 y OI 0,32 al año), del CV, y estabilidad de las OCTs tanto de CFNR como de CGR.

Conclusión: Se describe un caso de LHON cuyo diagnóstico mediante identificación de ADN mitocondrial en sangre y tratamiento precoces condicionan un buen pronóstico visual final.

CC23

LENSECTOMÍA BILATERAL PRECOZ CON FIJACIÓN CAPSULAR EN MICROSFEROFAQUIA PEDIÁTRICA Y ECTOPIA LENTIS

M.^a Concepción Guirao Navarro, Javier Martínez Soria

Introducción: la microsferofoquia es un trastorno ocular congénito raro caracterizado por un cristalino anormalmente esférico, un eje anteroposterior alargado y un diámetro ecuatorial reducido, como consecuencia de zónulas hipoplásicas y débiles, lo que predispone a subluxación o luxación del cristalino y desarrollo de glaucoma secundario por bloqueo pupilar. Puede constituir una entidad aislada o formar parte de síndromes sistémicos hereditarios como el de Weill-Marchesani (SWM). Este trabajo muestra consideraciones quirúrgicas relevantes para el abordaje de esta patología.

Técnica quirúrgica: un niño hispano de 10 años con diagnóstico de microsferofoquia y subluxación del cristalino, en el contexto de un SWM, fue sometido a una lensectomía bilateral. El paciente presentaba antecedentes familiares de consanguinidad de primer grado, hecho relevante dada la herencia autosómica recesiva descrita en esta entidad. La capsulorrexia se realizó con la asistencia de micro-pinzas. Se utilizaron agentes superviscosos para presurizar el segmento anterior, aplanar la cápsula anterior y facilitar la viscodisección. Durante la cirugía se emplearon retractores capsulares, retractores de iris, un segmento de tensión capsular (CTS) y un anillo de tensión capsular (CTR) convencional. La fijación escleral del CTS se realizó mediante sutura CV-7 de Gore-Tex, atada con nudo corredizo. No se observaron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias.

Conclusión: el abordaje combinado con CTR y CTS fijado escleralmente ofrece una alternativa segura y eficaz en casos complejos de microsferofoquia y subluxación del cristalino. La atención a los detalles quirúrgicos intraoperatorios (capsulorrexia controlada, uso estratégico de dispositivos de soporte capsular y adecuada manipulación viscoelástica) permite reducir complicaciones y mejorar la estabilidad anatómica y funcional a largo plazo en pacientes con síndromes sistémicos complejos como el SWM.

CC24

SORPRESA GENÉTICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON ALTA HIPERMETROPÍA Y DISMINUCIÓN DE VISIÓN

Andrea Montero García, María Sabina Luna Mariné

Introducción: El síndrome de Imagawa-Matsumoto (IMMAS), descubierto en el año 2016, es causado por una mutación en el gen SUZ12 y se manifiesta con múltiples rasgos dismórficos y alteraciones del desarrollo. A nivel oftalmológico se han descrito: estrabismos, alteraciones palpebrales, hipertelorismo, cejas gruesas, crestas supraorbitarias prominentes y tricomegalia.

El síndrome de Goldmann-Favre (SGF) es una rara distrofia vitreoretiniana causada por una mutación del gen NR2E3, que altera la distribución de los fotorreceptores, reduciendo los bastones y aumentando los conos de tipo S. Se manifiesta en la primera década de vida como ceguera nocturna, sensibilidad aumentada a la luz azul, disminución de la agudeza visual (AV), edema macular, cambios degenerativos pigmentarios y retinosquiasis.

Caso Clínico: Varón de 9 años en cuya evaluación oftalmológica se observó AV de OD 0,8/OI 0,7 asociada a importante hipermetropía (OD 150° -1,50 +7,00/OI 180° -1,75 +7,75). Se detectaron varios rasgos dismórficos oculares: sinofridia, euriblefaron, cejas gruesas desfleçadas y tricomegalia. En el fondo de ojo se evidenciaron manchas hiperpigmentadas en ambas arcadas temporales superiores, vasos esclerosados, esquias foveal y edema macular nasal en ambos ojos. Dado el cuadro clínico, se solicitó un estudio genético que fue positivo para SGF e IMMAS.

Conclusión: La prevalencia del SGF es extremadamente baja (<1/1.000.000) mientras que la del IMMAS es desconocida, por lo que su coexistencia en un individuo es muy rara y no ha sido descrita hasta el momento. Aún está por ver si la coexistencia de ambos síndromes podría producir características clínicas desconocidas hasta la fecha. Este caso subraya la importancia de un enfoque diagnóstico integral que combine genética y oftalmología para el diagnóstico precoz y manejo de patologías raras.

CC25

HETEROGENEIDAD CLÍNICA EN LA VITREORRETINOPATÍA EXUDATIVA FAMILIAR: RELEVANCIA DE LA ANGIOGRAFÍA Y EL ESTUDIO GENÉTICO

Guillem Pérez García, Andrea Montero García

Introducción: La vitreorretinopatía exudativa familiar (FEVR) es una patología genética de diagnóstico pediátrico secundaria a angiogénesis retiniana defectuosa asociada a complicaciones isquémicas. La membrana epirretiniana (MER) en niños es excepcional, con una prevalencia de 0,54/100.000 niños, el 80 % son de origen secundario, a diferencia del adulto donde el 70% son idiopáticas. Se presenta una serie de 5 casos de FEVR con expresión clínica variable.

Casos clínicos: Paciente de 5 años, nacido a término y con ambliopía en ojo derecho (OD); diagnosticado de una MER con indicación quirúrgica en OD, asociada a una agudeza visual (AV) de 0,6. El fondo de ojo (FO) presentó una MER foveal asociada a ausencia de vascularización periférica y elongación de vasos terminales temporales en ambos ojos (AO). La angiografía (AGF) con contraste oral evidenció isquemia en retina periférica de AO, sin neovasos asociados. Se identificó una mutación en el gen TSPAN12, compatible con FEVR. En el estudio familiar, la madre presentó defectos en la vascularización retiniana periférica, sin exudación asociada en la AGF. Para el manejo se optó por oclusiones oculares, consiguiendo buenas AVs.

Paciente de 1 año con ausencia de fijación visual y nistagmo, en la exploración del FO bajo anestesia general mostró pliegues retinianos desde papila hasta periferia temporal que alcanza el cristalino en AO. El análisis genético identificó una mutación en el gen TSPAN12, compatible con FEVR, y el estudio familiar reveló stops vasculares periféricos en el padre y en el tío paterno.

Conclusión: La FEVR presenta una gran variabilidad clínica intrafamiliar y potencialmente grave en un diagnóstico tardío. La AGF con contraste oral es una técnica útil y poco invasiva para el diagnóstico en niños. Una MER en pediatría sugiere origen secundario, siendo clave descartar patologías asociadas. El tratamiento quirúrgico es controvertido y debe abordarse de forma multidisciplinaria para prevenir ambliopía.

CC26

UTILIDAD DE PRESERFLO® MICROSHUNT EN UN CASO INUSUAL DE GLAUCOMA JUVENIL ASOCIADO A SÍNDROME DE KEARNS-SAYRE

José Aguilar Falomir, Alfredo Marchena Rojas

Introducción: el Síndrome de Kearns-Sayre (KSS) es una miopatía mitocondrial rara, de inicio en la juventud, que se caracteriza por oftalmoplejía externa progresiva, retinosis pigmentaria y afectación multisistémica, incluyendo alteraciones neurológicas y cardíacas. Aunque la afectación ocular es bien conocida, no se han descrito las características clínicas del glaucoma asociado a KSS, ni su abordaje terapéutico.

Caso clínico: presentamos el caso de una paciente de 22 años con diagnóstico confirmado de KSS, con delección del gen mitocondrial COX1 (MTCO1), oftalmoplejía externa progresiva y retinopatía pigmentaria. Consulta por disminución de agudeza visual (AV) bilateral de tres días de evolución. Presenta AV de percepción de luz en el ojo derecho (OD) y de 0,1 en el ojo izquierdo (OI), con presión intraocular de 53 mmHg en OD y 47 mmHg en OI, embriotoxon posterior y disgenesia angular. Se pauta tratamiento con tres fármacos y acetazolamida oral, sin disminución significativa de la PIO, que persiste en 42 mmHg en OD y 35 mmHg en OI.

Debido a la progresión catastrófica funcional del campo visual se decidió un abordaje quirúrgico urgente mediante el implante bilateral y secuencial de Preserflo® MicroShunt asociado al uso de Mitomicina-C subtenoniana. Actualmente, 1 meses después de la primera intervención, la paciente se mantiene estable con presión intraocular de 8 mmHg en OD y de 9 mmHg en OI.

Conclusión: este caso aporta la descripción del primer caso reportado de un paciente con KSS que cursa con glaucoma bilateral, lo que constituye una asociación que debe ser explorada en el futuro en estos pacientes. Debido a las elevadas cifras de presión intraocular refractaria a tratamiento alcanzadas en este caso, se consideró una cirugía filtrante como procedimiento terapéutico de elección. Las técnicas mínimamente penetrantes del glaucoma como el implante de Preserflo® Microshunt resultó una opción terapéutica válida en nuestra paciente.

CC27

GLAUCOMA CONGÉNITO PRIMARIO EN PACIENTE CON SÍNDROME CAFDADD Y UNA NUEVA MUTACIÓN EN EL GEN TRAF7

Mireia García Bermúdez, Antonio Domingo Alarcón García

Introducción: Este caso destaca la presencia de glaucoma congénito primario (GCP) en un paciente con una sustitución nucleotídica heterocigota de novo en el sitio donador de empalme canónico +1 del gen TRAF7. Variantes germinales tipo missense en TRAF7 se han reportado recientemente en individuos con presentación clínica heterogénea que incluye retraso en el desarrollo, cardiopatías congénitas (CC), anomalías de extremidades y rasgos dismórficos (síndrome CAFDADD). Sin embargo, el GCP no se había reconocido previamente como parte de estas manifestaciones.

Caso: Se presenta el caso de un varón de 7 años diagnosticado con GCP a los 5 meses. Al momento del diagnóstico, el ojo izquierdo mostraba edema corneal leve, y la presión intraocular (PIO) era de 28 mmHg en el ojo derecho (OD) y 32 mmHg en el ojo izquierdo (OI). Se realizaron 5 cirugías en cada ojo. Actualmente, la refracción manifiesta es de -26,5 D en ambos ojos, y la PIO es de 8 mmHg en el OD (con timolol) y 10 mmHg en el OI (con timolol y brinzolamida).

Además del GCP, el paciente presenta microcefalia, facies triangular, enanismo primordial osteodisplásico microcefálico y trastorno del neurodesarrollo. No hay antecedentes familiares de GCP y ambos padres son sanos y no consanguíneos. La secuenciación del exoma completo identificó la variante c.1503+1G > A en el intrón 16 del gen TRAF7, descartando mutaciones en genes conocidos asociados al GCP.

Conclusión: El gen TRAF7 se ha vinculado previamente con el síndrome CAFDADD y ciertos tumores. Este es el primer caso reportado de CAFDADD con GCP, asociado a una nueva variante en TRAF7 que probablemente afecta el empalme del ARNm.

CC28

BOLSILLO CORNEAL PARA LA SUTURA DE TUTORIZACIÓN DE IMPLANTE PRESERFLO O XEN

Antonio García Louro, Elena Puertas Martínez

Introducción: Presentamos una técnica quirúrgica para esconder la sutura que tutoriza un implante tipo Preserflo o XEN de manera segura para el paciente y accesible para su retirada en consulta.

Técnica quirúrgica: Se coloca el implante mediante la técnica habitual con conjuntiva abierta. Aproximadamente a 0,5-1 horas de distancia del dispositivo, con un cuchillete de 15° se realiza una incisión lineal de 1/3 del espesor corneal, de aproximadamente 1-2 mm de largo, en cornea clara y paralela al limbo. Este surco será el bolsillo corneal que proteja la sutura que utilizaremos como tutor. Con una sutura de nylon 10/0, enfrentados al bolsillo corneal y en el extremo más cercano al implante, pasamos la aguja desde esclera perilimbar saliendo dentro del bolsillo, para a continuación dar una puntada en el sentido contrario en el otro extremo del bolsillo (desde la córnea y saliendo en esclera perilimbar), quedando la sutura enterrada en el bolsillo corneal. A continuación, el extremo sin aguja de la sutura se introduce por el implante Preserflo o XEN a modo de tutor. Finalmente cortamos la aguja y suturamos cápsula de Tenon y conjuntiva por planos. De esta forma el tutor queda escondido en la córnea y protegido del exterior, a la vez que queda accesible para su retirada en consulta en la lámpara de hendidura.

Conclusión: Realizando un bolsillo corneal podemos esconder la sutura que tutoriza el implante tipo Preserflo o XEN de una forma segura para el paciente y accesible para su retirada en consulta.

CC29

MANEJO DE SEIDEL SOBRE CICATRIZ CONJUNTIVAL TRAS IMPLANTE DE PRESERFLO EN GLAUCOMA UVEÍTICO CON CIRUGÍA FILTRANTE PREVIA

Clara Heredia Pastor, José M.^a Martínez de la Casa

Caso clínico: Mujer de 60 años con glaucoma uveítico unilateral de origen herpético, que fue intervenida en 2022 mediante cirugía filtrante combinada (facoemulsificación-trabeculectomía) y una revisión de la ampolla un mes después. Dos años después de la intervención, la paciente presenta una presión intraocular (PIO) elevada de 23 mmHg a pesar de tratamiento médico con 2 fármacos. En la lámpara de hendidura se observan sinequias iridocorneales y una lente intraocular en sulcus. Se opta por una cirugía con implantación de un dispositivo Preserflo Microshunt en cámara anterior, utilizando mitomicina al 0,04% intraoperatoria. Postoperatoriamente, la paciente recibe tratamiento con valaciclovir profiláctico y colirio antibiótico con corticoide. A las 24 horas, se detecta seidel en la región posterior de la ampolla de filtración, y la PIO es de 4 mmHg. Se realiza una intervención quirúrgica para cubrir la fuga con una membrana amniótica, pero al día siguiente, la membrana se ha desplazado y persiste el seidel. Se programa una nueva cirugía para reseca la conjuntiva patológica. Se realiza una sutura continua con resolución del seidel en las revisiones posteriores y presiones que se mantienen en 6-7 mmHg.

Discusión: El Seidel postquirúrgico es una fuga de humor acuoso que ocurre generalmente por defectos en la cicatrización de la ampolla. En pacientes con cirugías previas, es esencial identificar áreas de fibrosis o cicatrización, ya que pueden predisponer a la fuga. En este caso, la disposición de los poros de fuga en una zona de fibrosis lineal y posterior sugirió que la trabeculectomía previa había sido realizado con base en limbo, causando una cicatriz posterior susceptible a la fuga tras la implantación del Preserflo. El tratamiento del Seidel depende de su gravedad. En fugas graves o persistentes, la sutura conjuntival puede ser necesaria. El reconocimiento temprano y el tratamiento adecuado del seidel son esenciales para prevenir complicaciones graves.

CC30

HIPOTONÍA OCULAR TARDÍA TRAS EPNP: ¿CICLODIÁLISIS O INSUFICIENCIA INFLAMATORIA DEL CUERPO CILIAR?

Alexandra E. Istrate, María Massaneda i Tuneu

Caso clínico: Mujer de 88 años con antecedentes de cirugía de cataratas bilateral y glaucoma crónico de ángulo abierto, tratada con latanoprost, brimonidina y acetazolamida oral. Se realizó esclerectomía profunda no perforante (EPNP) con implante Esnoper-Clip, posicionado en el borde posterior del tapete escleral. A las 3 semanas y 4 meses se realizaron goniopunciones. A los 7 meses del postoperatorio, presentó hipotensión ocular persistente (PIO de 2 mmHg), con ampolla filtrante funcionante, cámara anterior profunda, desprendimientos coroideos serosos sin «kissing» y maculopatía hipotónica. Los episodios mejoraban temporalmente con esteroides orales, tópicos y ciclopléjicos, pero recidivaban tras su retirada. La biomicroscopía ultrasónica evidenció una lente intraocular tiltada y una posible zona de filtración anómala a través de la vía úveo-escleral, cercana al Esnoper-Clip. Ante la sospecha de ciclodíálisis o insuficiencia del cuerpo ciliar por inflamación crónica subclínica, se decidió retirar el implante y suturar el tapete escleral, con resolución completa del cuadro.

Discusión: La EPNP, aunque segura, puede presentar complicaciones infrecuentes como la hipotensión ocular sostenida. El diagnóstico diferencial incluye ciclodíálisis traumática o quirúrgica versus insuficiencia del cuerpo ciliar por disfunción inflamatoria persistente. En este caso, la buena respuesta a corticoides sugería un componente inflamatorio reversible, aunque la anatomía adyacente al implante podría haber inducido una ciclodíálisis funcional. La resolución tras la retirada del Esnoper-Clip apoya la hipótesis de una filtración aberrante con posible alteración mecánica del cuerpo ciliar, más que una ciclodíálisis franca.

CC31

REPOSICIONAMIENTO DE PRESERFLO MICROSHUNT GUIADO POR OCT INTRAOPERATORIA

Ane López de Calle Cortázar, Carmen Sánchez Guillén

Introducción: El Preserflo™ MicroShunt (PMS) es una alternativa eficaz y segura a la trabeculectomía. Sin embargo, una complicación relevante es la pérdida progresiva de células endoteliales, directamente relacionada con la distancia tubo-endotelio (T-E). La tomografía de coherencia óptica intraoperatoria (iOCT) permite optimizar esta distancia durante la cirugía, lo que podría mejorar los resultados postoperatorios.

Casos clínicos: Esta serie de casos incluye tres pacientes sometidos a reposicionamiento del PMS debido al contacto T-E identificado mediante OCT del segmento anterior (OCT-SA). En todos los casos, la OCT-SA reveló contacto T-E con crecimiento epitelial asociado, lo que motivó el reposicionamiento quirúrgico del PMS. Las reintervenciones se realizaron utilizando iOCT integrada en el microscopio, lo que permitió guiar y verificar con precisión el posicionamiento del implante durante la cirugía. La iOCT proporcionó visualización en tiempo real, facilitando ajustes precisos en la posición del tubo y mejorando la separación T-E. Posteriormente, la distancia final T-E se verificó mediante OCT-SA. Las evaluaciones postoperatorias de los tres pacientes mostraron un recuento de células endoteliales estable o mínimamente reducido y se logró preservar la transparencia corneal en todos ellos.

Conclusión: El uso de iOCT es clave en la implantación del PMS, ya que permite la evaluación en tiempo real y optimización del posicionamiento del tubo. Asegurar una adecuada distancia T-E minimiza el trauma endotelial y reduce el riesgo de pérdida de células endoteliales a largo plazo. La utilización rutinaria de iOCT durante la implantación primaria puede mejorar la precisión quirúrgica y disminuir la necesidad de reintervenciones.

CC32

MANEJO DE LA EXTRUSIÓN TRAS IMPLANTE PRESERFLO MICROSHUNT

Laura Morales Fernández, Julián García Feijoo

Propósito: Se presenta el manejo de tres casos clínicos de pacientes con glaucoma intervenidos con implante Preserflo (PMS) y extrusión del dispositivo.

Método: Caso 1: Varón de 78 años, pseudofáquico, con mal control de la PIO (25 mmHg) en el ojo izquierdo, a pesar de tratamiento máximo. Se implantó un PMS a las 12h con técnica estándar y MMC al 0,04% durante 2 minutos. Cirugía sin complicaciones, pero se observó conjuntiva de Tenon adelgazada intraoperatoriamente. 8 meses después, presentó exposición del cuerpo del implante con conjuntiva isquémica, pero Seidel-, y PIO controlada (9 mmHg). El manejo incluyó avance conjuntival con disección amplia y cierre, sin retirada del implante.

Caso 2: Mujer de 61 años con POAG y fracaso de un PMS implantado a las 12h con MMC 0,02%, por fibrosis sub-conjuntival precoz. Se dejó ese implante in situ y un año después se colocó un segundo PMS en el cuadrante superotemporal (MMC 0,04%). Dos años después, presentó exposición localizada del cuerpo del primer implante (no funcional), sin extrusión ni fuga. Se optó por su retirada quirúrgica, resección de tejido fibroso, cierre del canal y sutura conjuntival.

Caso 3: Paciente de 81 años con POAG avanzado y PEX en ojo izquierdo, con glaucoma terminal (agudeza visual CD a 2 m). cirugía con PMS estándar (MMC 0,04%). Tres años después, se detectó extensa necrosis escleral (12x5 mm) y exposición del implante con extrusión distal, seidel+, hipotonía y desprendimiento coroideo en los cuatro cuadrantes con leve pérdida visual (AV CD 1m). Se realizó retirada del implante, se posicionó un injerto de esclera de donante abarcando la zona de melting con cierre conjuntival incompleto. y avance conjuntival.

Resultados: se expone el manejo en distintas situaciones tras extrusión. el objetivo es preservar la función si es posible, evitando complicaciones graves como la infección. *Conclusión:* es una complicación rara, pero de manejo complejo, obligando a individualizar en cada caso.

CC33

CAPTURA IRIDIANA E HIPERTENSIÓN OCULAR RECURRENTE TRAS IMPLANTE DE LIO MEDIANTE TÉCNICA DE YAMANE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Andrés J. Peñalver Alcaraz, Maite V. Serrano Pérez

Introducción: La técnica de Yamane, basada en la fijación escleral transconjuntival sin suturas, es una opción eficaz para el implante secundario de lentes intraoculares (LIO) cuando no hay soporte capsular. Una complicación infrecuente es la captura iridiana, que puede producir visión fluctuante, halos, inflamación crónica y elevación de la presión intraocular (PIO), sobre todo en pacientes jóvenes vitrectomizados con hiperlaxitud iridiana o en presencia de tilting.

Caso clínico: Varón de 53 años con antecedente de facoemulsificación por catarata traumática con facodonesis y LIO en saco. Tres años después, una luxación de la LIO a cámara vítrea motivó una vitrectomía posterior con implante secundario mediante técnica de Yamane. En el postoperatorio inmediato se observó una captura nasal del iris con PIO de 27 mmHg, hápticos bien posicionados, sin signos de tilting ni anteroposición. Se realizó reducción quirúrgica de la captura y pupiloplastia con sutura de Siepser, ante una marcada laxitud y convexidad del iris. Ocho meses después, acudió por dolor ocular: PIO de 47 mmHg, fallo del nudo previo y captura iridiana 360° con bloqueo pupilar inverso e iris bombé. El tratamiento con hipotensores e iridotomías YAG redujo la PIO a 12 mmHg. Se practicó una nueva pupiloplastia con dos suturas (a XII y VI), con la estabilización iridiana y normalización de la PIO.

Discusión: La captura iridiana tras técnica de Yamane puede desencadenar bloqueo pupilar inverso y glaucoma agudo. El diagnóstico es clínico mediante BMC y UBM. El tratamiento agudo incluye fármacos, iridotomías y, si es necesario, cirugía. El uso crónico de mióticos puede prevenir recurrencias. En ausencia de malposiciones de la LIO, la utilización de suturas paralelas retroiridianas o pupiloplastia pueden estabilizar el iris, pues limita la amplitud pupilar y reduce la convexidad y movilidad iridiana reduciendo la probabilidad de captura, especialmente en casos de hiperlaxitud iridiana marcada.

CC34

«CANDY CANE HYPHEMA» TRAS CIRUGÍA COMBINADA DE CATARATA Y GLAUCOMA: COMUNICACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Lorena Picasso Simón, María Castro Rebollo

Introducción: la cirugía mínimamente invasiva de glaucoma generalmente causa un trauma mínimo, con poca o ninguna disección escleral, y presenta buenos perfiles de seguridad con menos complicaciones y tiempos de recuperación rápidos.

Caso clínico: Mujer de 70 años de edad con antecedente de trombocitopenia moderada de 61.000 plaquetas, que es sometida a cirugía combinada de catarata y glaucoma crónico de ángulo abierto leve. Se realiza facoemulsificación e implante de lente intraocular, así como el implante de 2 dispositivos iStent en el OD. La cirugía transcurrió sin incidencias. En el tercer día postquirúrgico la PIO era 35 mmHg y presentaba un hipema de 2 mm con una pequeña banda de fibrina de unos 0,5 mm de espesor. El cuadro se resolvió favorablemente con tratamiento conservador (dexametasona y atropina por vía tópica). La presencia en un mismo paciente de uno o varios niveles de hipema alternando con uno o varios niveles de hipopion recibe el nombre de hipema en bastón de caramelo (candy cane hypHEMA) por el parecido con esta golosina tradicional. Se han descrito casos en pacientes afectados de enfermedades parasitarias (toxocariasis), infecciones bacterianas (Klebsiella y Listeria), infecciones víricas (virus del grupo herpes) así como procesos linfoproliferativos, pero creemos que este es el primer caso reportado tras cirugía de segmento anterior. Desde el punto de vista patogénico resulta difícil determinar si la exclusión de parte de los glóbulos blancos del coágulo se debe a un fenómeno hematológico todavía no conocido que conduce a la segregación de leucocitos y eritrocitos durante la formación del mismo o es la consecuencia de una migración de leucocitos posterior a la formación del coágulo.

Conclusión: En el caso de esta paciente la documentación de esta anomalía en el tercer día postquirúrgico y la presencia de una trombocitopenia previa nos induce a pensar que la reducción del número de plaquetas condujo a la formación de un coágulo anómalo.

CC35

PAPEL DE LA ANGIOGRAFÍA MACULAR POR TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA (OCTA) EN EL SEGUIMIENTO DEL GLAUCOMA ASOCIADO AL SÍNDROME DE STURGE-WEBER

Álvaro Ponce de León Miguel, Ane López de Calle Cortázar

Introducción: El síndrome de Sturge-Weber (SWS) es una patología caracterizada por malformaciones vasculares que dificultan el drenaje del humor acuoso debido a un aumento de la presión venosa en el plexo epiescleral.

Se describe el caso de una paciente con glaucoma unilateral asociado a SWS, comparando los índices de flujo en ambos ojos mediante OCTA macular y revisando la bibliografía relevante sobre el uso de OCTA en SWS.

Caso Clínico: Mujer de 23 años diagnosticada de síndrome de Sturge-Weber (SWS) con síndrome de Dyke-Davidoff-Mason (DDM) y glaucoma unilateral en el ojo izquierdo (OI) desde 2006, siendo el ojo derecho (OD) sano. En 2012, fue derivada a nuestro centro para valoración quirúrgica, donde se le realizaron dos goniotomías y una trabeculectomía. En julio de 2024, acudió a consulta de glaucoma de forma adelantada derivada por neurología debido a un aumento progresivo de la angiomasia capilar en la hemicara izquierda, destacando una hipertrofia facial y a nivel intracraneal.

En 2024 la paciente se encontraba en tratamiento en OI con bimatoprost, timolol y brinzolamida. En la exploración destacó una agudeza visual de 0,5, presión intraocular (PIO) de 17 mmHg y papila excavada y pálida en el OI. En las pruebas complementarias, el campo visual (CV) fue poco valorable debido al déficit cognitivo asociado a DDM, mientras que la tomografía de coherencia óptica de la capa de fibras nerviosas mostró adelgazamiento con efecto suelo en el OI desde hace años. La OCTA reveló una densidad de perfusión macular del 45,3% y densidad vascular de 18,1 mm/mm² en el OI, frente a valores de 37,2% y 15,1 mm/mm² en el OD, respectivamente. La combinación de estos hallazgos clínicos y pruebas complementarias sugirió progresión del glaucoma.

Conclusión: La OCTA macular puede ser una herramienta complementaria útil para valorar el riesgo de progresión del glaucoma en pacientes con SWS, precisando de menor colaboración que los CV y aportada información vascular directa.

CC36

GLAUCOMA UVEÍTICO BILATERAL REFRACTARIO TRATADO CON IMPLANTE DE PRESERFLO MICROSHUNT: REPORTE DE UN CASO

Marta Pons María, María Terrón Villalta

Introducción: El glaucoma uveítico es una complicación frecuente y potencialmente devastadora de la uveítis. El tratamiento se centra en controlar la inflamación y reducir la presión intraocular (PIO). Cuando el manejo médico fracasa, la cirugía suele ser necesaria, aunque presenta mayores tasas de complicaciones en estos pacientes. Los dispositivos de drenaje como el Preserflo han emergido como una opción prometedora en este contexto.

Caso clínico: Mujer de 56 años, sin antecedentes oculares, con uveítis anterior aguda bilateral de seis meses de evolución, asociada a hipertensión ocular mantenida (PIO entre 35-50 mmHg) y parcialmente controlada con tratamiento tópico y oral. Estudio serológico positivo para herpes simple tipo 1 (IgG), HLA-B51 y HLA-DQ8. Ante la persistencia del cuadro, y tras fracaso de la iridotomía periférica, se decidió cirugía con Preserflo bilateral. En el ojo derecho, debido a cámara estrecha y pupila discórica, se implantó el dispositivo en localización retroiridiana nasal superior, combinado con cirugía de catarata. En el ojo izquierdo, el implante se colocó en cámara anterior, cuadrante temporal superior. Se pautó tratamiento antiviral previo a la cirugía y corticoide intravenoso intraoperatorio, seguido de terapia tópica descendente lenta. La evolución postoperatoria fue favorable. Se logró un control tensional sostenido (PIO entre 7-9 mmHg en ambos ojos) sin necesidad de medicación adicional. No se registraron recidivas inflamatorias ni complicaciones quirúrgicas.

Conclusiones: El implante Preserflo constituye una alternativa segura y eficaz en glaucoma uveítico refractario, especialmente en casos con inflamación residual o riesgo quirúrgico elevado. Su menor agresividad y perfil de seguridad lo convierten en una opción quirúrgica de elección en casos seleccionados.

CC37

ENDOFTALMITIS HIPERAGUDA TRAS VITRECTOMÍA PARS PLANA E IMPLANTE DE VÁLVULA AHMED

Elena Puertas Martínez, Ana I. Pastor Vivas

Introducción: Presentamos un caso clínico de endoftalmitis hiperaguda tras vitrectomía pars plana (VPP) e implante de válvula Ahmed con tubo en cámara vítrea.

Caso clínico: Se trata de una paciente con glaucoma neovascular con ángulo cerrado secundario a retinopatía diabética proliferativa que presentaba al diagnóstico una agudeza visual de 0,3, papila normal y una presión intraocular de 30 mmHg a pesar de tratamiento máximo, por lo que se realizó en un mismo procedimiento VPP, panfotocoagulación retiniana e implante de válvula Ahmed con tubo en cámara vítrea. A las 48 horas presentó un pico hipertensivo con inflamación intensa y nivel de fibrina y sangre en cámara anterior que impedía la visualización del fondo de ojo, siendo la imagen ecográfica compatible con desprendimiento coroideo y brida vítrea en el tubo, con vítreo claro. Se controló con tratamiento tópico intenso con corticoide y ofloxacino y acetazolamida oral, manteniéndose estable las siguientes 24 horas. Sin embargo, el cuarto día postoperatorio la visión empeoró y tras diagnóstico microbiológico con muestra de humor acuoso de endoftalmitis por *Staphylococcus aureus* se procedió a realizar lavado de cámara anterior y cámara vítrea y explante de la válvula. El cultivo del sobrante de la esclera de donante utilizada para cubrir el tubo fue negativo y el control de la esterilidad del empaquetado de la válvula era el adecuado. La paciente requirió hasta 4 inyecciones intravítreas de vancomicina y ceftazidima y levofloxacino oral para control de la infección, pero desafortunadamente no hubo recuperación visual y el ojo evolucionó a ptisis bulbi.

Conclusión: La endoftalmitis hiperaguda asociada al implante de dispositivo de drenaje de glaucoma es una complicación rara y devastadora para el ojo. Debemos permanecer alerta para su diagnóstico y el explante de la válvula asociado al tratamiento intravítreo con antibióticos permite su control, aunque puede no recuperar la función visual.

CC38

COLIRIO DE LATANOPROST + NETARSUDIL EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON GLAUCOMA CONGÉNITO: SERIE DE CASOS

Laura Rodríguez Aguilar, Noemí Güemes Villahoz

Propósito: Evaluar la eficacia y seguridad del colirio con combinación fija de Latanoprost (0,005 %) y Netarsudil (0,02 %) en pacientes diagnosticados de glaucoma congénito.

Método: Serie de casos de pacientes con glaucoma congénito en seguimiento en el Departamento de Glaucoma, a quienes se prescribió colirio Latanoprost (0,005 %) y Netarsudil (0,02 %). Se recogieron datos demográficos, datos clínicos, presión intraocular (PIO) antes y después del tratamiento, efectos adversos, tolerancia, motivo de indicación y de suspensión del tratamiento.

Resultados: Se estudiaron 10 ojos de 10 pacientes, con una edad media de 33 años (+/- 21,9), de los cuales 7 son mujeres (70%), todos ellos con diagnóstico de glaucoma congénito. Antes de comenzar tratamiento con colirio de latanoprost + netarsudil, se encontraban en tratamiento con una media de 3,1 (+/- 0,57) principios activos, mientras que en la revisión tras iniciar el tratamiento la media fue de 4,3 (+/- 0,48) fármacos. El motivo por el cual se pautó el nuevo tratamiento fue como rescate antes de indicar una cirugía en 5 pacientes (50%) y como aumento de tratamiento por mal control de PIO en otros 5 (50%). La PIO media antes del cambio de tratamiento fue de 22,9 +/- 2,51 mmHg, y disminuyó una media de 4,4 +/- 6,6 mmH (19,21%), con el nuevo fármaco. En todos los pacientes la tolerancia fue buena. El efecto adverso más frecuente fue la hiperemia (30%). El tratamiento fue suspendido en 3 pacientes por mal control tensional, indicando cirugía en todos ellos.

Conclusiones: El colirio de latanoprost + netarsudil se presenta como una alternativa terapéutica eficaz y segura en el tratamiento en pacientes con glaucoma congénito, aunque son necesarios estudios con mayor tamaño muestral para conocer mejor su eficacia y seguridad.

CC39

SERIE DE CASOS DE CIRUGÍA DE IMPLANTACIÓN DE VÁLVULA DE PAUL

Lucía Sanjuán Benita, Laura B. Alfaya Muñoz

Introducción: Se presenta una serie de caso de 3 pacientes intervenidos quirúrgicamente de glaucoma mediante la implantación del dispositivo Paul®.

Casos: Se presenta una serie de tres casos clínicos de pacientes intervenidos quirúrgicamente mediante el implante de la válvula de Paul como tratamiento del glaucoma. La media de edad fue de 56 años, con una proporción de dos mujeres y un hombre.

El tiempo medio transcurrido desde el diagnóstico de glaucoma hasta la cirugía fue de 5,4 años. Dos pacientes presentaban glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA) y uno glaucoma neovascular (GNV). Todos ellos presentaban comorbilidades oftalmológicas relevantes, siendo el desprendimiento de retina la más frecuente.

Dos de los pacientes ya habían sido intervenidos previamente por glaucoma: a ambos se les había implantado el dispositivo Xen y a uno de ellos además se le había practicado una esclerectomía profunda no perforante (EPNP).

La presión intraocular (PIO) media previa al implante Paul fue de 22,67 mmHg. La PIO a las 2 semanas postoperatorias fue de 22,3 mmHg, reduciéndose a una media de 14 mmHg a las 4 semanas. A las 8 semanas, solo un paciente contaba con registro de PIO que era 15 mmHg.

Dos de los pacientes precisaban cuádruple terapia previo a la cirugía y otro de ellos doble terapia con betaloqueantes (BB) e inhibidores de la anhidrasa carbónica (IAC).

Dos semanas de la cirugía solo un paciente precisaba tratamiento tópico, precisando cuatro fármacos. A las 4 semanas el mismo paciente precisaba doble terapia (BB + IAC) y otro de los pacientes IAC. El tercero no precisaba farmacoterapia.

Solo un paciente precisó ser reintervenido.

Conclusiones: La implantación de la válvula de Paul® se mostró eficaz en la reducción de la presión intraocular. Una correcta ejecución técnica es clave para evitar complicaciones y reintervenciones, cobrando importancia la curva de aprendizaje quirúrgica en el uso de estos dispositivos.

CC40

TÉCNICA NOVEDOSA DE IMPLANTE DE XEN63 AB EXTERNO: TUNELIZACIÓN ESCLERAL CON AGUJA 27G

Paula Vázquez De Parga Salleras, Yoana Rodríguez Arias

Introducción: El XEN es un dispositivo que se incluye dentro de las cirugías mínimamente invasivas de glaucoma (MIGS) formadoras de ampolla. Se desarrolló para implante mediante abordaje interno (ab interno) a conjuntiva cerrada, y posteriormente abriendo conjuntiva. Recientemente se ha descrito su colocación mediante abordaje externo (ab externo) con inyector y apertura conjuntival. Planteamos una técnica de implante de XEN63 ab externo sin utilizar inyector y con apertura conjuntival.

Técnica Quirúrgica: Bajo anestesia tópica y lidocaína subconjuntival al 2 %, se realiza una peritomía conjuntival superior y se colocan esponjas con mitomicina 0,04 % 2 minutos lo más alejado del limbo posible. Con rotulador y compás se marca en esclera a 2 mm de limbo y se realiza una preincisión con cuchillete de 45°. Con aguja de 27G se tuneliza paralelo a esclera hasta el limbo y se cambia de dirección para entrar en cámara anterior (CA) en un plano paralelo al iris. Se extrae cuidadosamente el XEN del inyector y se sostiene con pinzas de conjuntiva. Se introduce en el túnel, dejando 1 mm en CA, 2 mm intraesclerales y 3 mm subconjuntivales. Este paso debe hacerse rápido para evitar que el XEN se hidrate (al hidratarse se ablanda y se dobla, dificultando su colocación). Antes de seguir, se comprueba la permeabilidad del dispositivo, asegurándonos de que el humor acuoso sale a través del tubo (no peritubular). En algunos casos, y sobre todo en reintervenciones, se coloca una matriz de colágeno sobre el dispositivo. Se asegura la correcta separación de tenon y conjuntiva y se sutura por planos.

Conclusiones: La tasa de éxito en nuestra experiencia es superior con esta técnica y la necesidad de needling es muy inferior, tanto por la implantación del XEN en el lugar correcto como por el empleo de mitomicina al 0,04 %. La colocación sin inyector es más fisiológica, ya que el propio inyector es largo y con él puede resultar difícil realizar la maniobra siguiendo los planos.

CC41

MANIFESTACIONES OFTALMOLÓGICAS Y NEURO CUTÁNEAS DEL SÍNDROME DE GORLIN-GOLTZ: A PROPÓSITO DE UN CASO

Víctor J. Altares Mateos, Ana Fernández Hortelano

Introducción: El Síndrome de Gorlin-Goltz o síndrome del carcinoma basocelular nevoide es una enfermedad genética autosómica dominante, causada principalmente por mutaciones en el gen PTCH1, implicado en la vía Sonic Hedgehog. Se caracteriza por una amplia expresión clínica con afectación cutánea, odontológica, neurológica, esquelética y oftalmológica.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 34 años, natural de Argentina, en la que se sospecha de síndrome de Gorlin tras un historial complejo de hidrocefalia diagnosticada en el primer año de vida, con presencia de calcificaciones cerebrales. Pruebas de imagen posteriores revelaron calcificaciones en la hoz cerebral, tentorio y espacios duros, así como hipoplasia del cuerpo calloso. A nivel odontológico se detectaron, como hallazgo incidental, quistes mandibulares, diagnosticados posteriormente como queratocistes odontogénicos. Asimismo, se detectó la presencia de micropápulas hiperpigmentadas a nivel interescapular, anomalías craneofaciales y sindactilia del 4º y 5º dedo del pie.

Por su parte a nivel oftalmológico: se identificaron la presencia de una membrana epirretiniana en el ojo derecho y alteraciones de la capa de fibras nerviosas de la retina, hallazgos poco descritos en la literatura y de gran interés para el abordaje multidisciplinar del síndrome.

Conclusión: Este caso enfatiza la importancia del oftalmólogo en el contexto multidisciplinar del diagnóstico del síndrome de Gorlin. La identificación de alteraciones retinianas poco descritas podría ampliar el espectro clínico oftalmológico asociado, favoreciendo un diagnóstico precoz en pacientes con signos sistémicos compatibles.

CC42

DEPIGMENTACIÓN IRIDIANA AGUDA BILATERAL (BADI) CON QUISTE EPITELIAL PIGMENTADO FLOTANTE EN CÁMARA ANTERIOR

Francisco Calleja Casado, Valarmathy Vaiyavari

Presentamos el caso de un varón de 30 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, que consulta por cambio progresivo en la coloración del iris en ambos ojos en el último año. Desde la infancia refiere haber notado una «estructura móvil» en el ojo izquierdo, sin síntomas asociados. La agudeza visual es de 6/6 en ambos ojos. En la biomicroscopía se observa una pérdida estromal de pigmento iridiano bilateral en patrón arcuato inferior, sin defectos de transiluminación. En el ojo izquierdo se identifica un quiste pigmentado de superficie lisa y contornos regulares, libre en la cámara anterior. No hay células ni flare, la presión intraocular es normal y la gonioscopia revela ángulos abiertos sin anomalías. La microscopía especular muestra un recuento endotelial conservado. La OCT de segmento anterior confirma que se trata de una estructura hiporreflectiva con cápsula hiperreflectiva, compatible con un quiste epitelial pigmentado iridiano. Dada la ausencia de inflamación, síntomas o repercusión funcional, se decide manejo conservador con controles periódicos. Tras más de un año de seguimiento, el paciente permanece estable. La depigmentación aguda bilateral del iris (BADI) es una entidad rara, de etiología desconocida, caracterizada por pérdida estromal del pigmento sin transiluminación ni hipertensión ocular, con buen pronóstico visual. Los quistes epiteliales pigmentados libres en cámara anterior son hallazgos poco frecuentes, usualmente congénitos y asintomáticos. La asociación de ambas entidades en un mismo paciente no se ha descrito previamente, y aunque no se establece relación causal, resulta relevante como combinación infrecuente de hallazgos clínicamente benignos que no requieren intervención. Este caso resalta la importancia de reconocer variantes anatómicas y pigmentarias no patológicas en el diagnóstico diferencial de alteraciones del iris.

CC43

NUEVA TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA LA SUTURA DE PRÓTESIS DE IRIS SIN FIBRA EN AFAQUIA

José M. Calzas Durán, Fernando González del Valle

Introducción: Describir una nueva técnica quirúrgica para la realización de la sutura de una prótesis iridiana sin fibra, en un caso de iris evanescente y afaquia postraumática.

Técnica quirúrgica: El primer paso fue la realización de una vitrectomía pars plana. Para resolver la afaquia se suturó transescleralmente una lente intraocular (LIO) de tres piezas acrílica hidrofóbica. Para la sutura de la prótesis artificial de iris se tallaron 4 tapetes esclerales (reutilizando dos de la sutura de la LIO) localizados en nasal, temporal, superior e inferior. Para fijar el iris artificial a la esclera se utilizó la técnica del nudo vaca (cow hitch). En este caso 4 lazadas pasaron por la pupila artificial y abrazaron el cuerpo de la prótesis de iris sin fibra, en los cuatro sectores nasal, temporal, superior e inferior.

Conclusión: Es posible la fijación de una prótesis iridiana plegable sin fibra sin ningún tipo de soporte capsular, utilizando la técnica del nudo vaca. El implante de iris artificiales sin fibra podría evitar complicaciones oculares tardías relacionadas con prótesis iridianas más gruesas.

CC44

IMPLANTE DE XEN 63 EN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN OCULAR Y CORIORRETINITIS ESCLOPETARIA SECUNDARIA A TRAUMA CON CAÑA DE PESCAR

M.^a del Rosario Carreras Díaz, Aina Burcet Santiago

Introducción: La coriorretinitis esclopetaria consiste en una ruptura de la coroides y de la zona superior de la retina neurosensorial producida por las ondas de choque de un proyectil que se desplaza adyacente al globo ocular sin llegar a penetrarlo.

Caso Clínico: Paciente de 21 años que acudía por traumatismo en ojo izquierdo (OI) con una caña de pescar. Presentaba una agudeza visual de percepción luminosa en OI, a nivel de segmento anterior se objetivó un edema corneal estromal, e hipema en cámara anterior (CA), sin seidel. Se realizó en el quirófano un lavado de CA y vitrectomía anterior, evidenciando también una desinserción de iris, y cristalino íntegro. Al día siguiente se objetivó en fondo de ojo (FO) una hemorragia vítrea, y una coriorretinopatía esclopetaria.

En los siguientes controles, el paciente presentaba una catarata posterior difusa, y tenía presiones intraoculares (PIOs) de 40 mmHg, por lo que se añadió al tratamiento acetazolamida oral.

Se revaloró semanalmente, no pudiendo controlar la PIO a pesar de intensificar tratamiento hipotensor. Asimismo, se evidenció evolución a catarata blanca, sin reabsorción del hemovítreo.

Se realizó cirugía combinada de lensectomía y vitrectomía vía pars plana con pelado de membrana epirretiniana. Ante el mal pronóstico visual por la afectación macular, se optó por afaquia, con implante de lente en un segundo tiempo.

En controles posteriores presentó hipertensión ocular refractaria a tratamiento hipotensor tópico y oral, por lo que se decidió realizar cirugía de implante de XEN 63 ab externo. Cuatro meses después, el paciente se mantuvo con una PIO media de 7 mmHg sin necesidad de tratamiento.

Conclusiones: El manejo inmediato de la coriorretinitis esclopetaria está aún en debate, y debería realizarse un enfoque de cada caso de manera individualizada.

El implante de dispositivo XEN 63 en un paciente en afaquia ha demostrado ser útil, por lo tanto, se podría proponer como posible opción en casos determinados.

CC45

CIRUGÍA DE DSAEK ASOCIADA IMPLANTE DE VÁLVULA DE AHMED GUIADA POR OCT-SA EN PACIENTE CON GLAUCOMA PSEUDOEXFOLIATIVO AVANZADO

Cristina Escorial Albendiz, Francisco Rosales Villalobos

Introducción: Paciente en seguimiento por glaucoma pseudoexfoliativo avanzado en AO. AV OD 0,3 Y OI 0,05. Intervenido de cataratas en AO, trabeculectomía en OD y válvula de Ahmed con tubo en la cámara anterior en AO. Hacía varios años había presentado edema corneal debido al contacto del tubo valvular con el endotelio en el OD, el cual se reposicionó con resolución del edema. A pesar de la estabilidad en las revisiones, presentó una descompensación corneal en OI y PIO de 30 mmHg (a pesar del tratamiento tópico y oral a dosis máximas). La ampolla en el OD estaba fibrosada. Se propone una cirugía combinada de DSAEK con válvula de Ahmed.

Técnica quirúrgica: Se colocó la válvula de Ahmed en el cuadrante inferonasal tras realizar un pequeño tapete escleral. El tubo se colocó en la cámara posterior, con la técnica modificada de Moreno Montañés. El primer reto fue visualizar el tubo en la cámara posterior con el edema. Se tunelizó desde el limbo opuesto con una aguja de calibre 25. Se utilizó un vycril 7,0 mm, que se ató al extremo del tubo, y su aguja se introdujo a través de la aguja de 25 mm para guiar la dirección. Para evitar la filtración excesiva y la pérdida de aire (que podrían complicar la DSAEK), se restringió la luz con un vycril de 7,0 mm.

A continuación, se realizó una DSAEK centrada de 7,5 mm. El segundo reto fue la infusión de gas en CA para promover la adhesión del injerto, pero evitando una situación de hiperpresurización, lo cual se logró utilizando parámetros bajos.

Conclusión: Seis meses más tarde, el paciente mantiene una AV de 0,2, la córnea se mantiene transparente con el injerto aplicado y la PIO permanece en 12 mmHg. La OCT-SA permitió comprobar la correcta localización del tubo y del injerto de manera intraquirúrgica en un paciente complete, tecnología sin la cual no habría sido posible realizar la cirugía por la opacidad de medios.

CC46

INFILTRACIÓN OCULAR POR LINFOMA EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO: UN RETO DIAGNÓSTICO FRENTE A RETINITIS POR CMV

Ana Flores Cano, Marina Soto Sierra

Introducción: Presentamos el caso de un paciente varón de 73 años en seguimiento por retinopatía diabética proliferativa en ambos ojos, que en agosto de 2024 es diagnosticado de linfoma B difuso de células grandes en estadio IVB (metástasis hepáticas, pulmonares y óseas) y deja de acudir a las revisiones de oftalmología. Es remitido de nuevo a nuestra unidad en febrero de 2025, al referir pérdida de visión progresiva en ojo derecho (OD) de 4 meses de evolución.

Caso clínico: A la exploración, presenta una agudeza visual en OD de 0,2 (previa 0,7) y de 0,63 en ojo izquierdo (OI), con cataratas N4 en ambos ojos y sin signos de inflamación en cámara anterior. En el fondo de ojo, encontramos en OD la papila sobreelevada, con bordes borrados, focos que impresionan de coriorretinitis nasal a papila y en ecuador inferior, con abundante exudación lipídica y hemorragias. Se sospecha retinitis por citomegalovirus y se solicita analítica, resultando la PCR negativa. Se consulta con infecciosas y ante fondo de ojo sugestivo e historia clínica compatible, se inicia tratamiento con valganciclovir oral.

El paciente no mejora, por lo que se decide toma de muestra vítrea para análisis e inyecciones intravítreas de ganciclovir. La PCR en vítreo resulta negativa para CMV, VHS y VVZ, y la infiltración retiniana aumenta tras dos inyecciones. Se contacta con oncología ante la sospecha de infiltración ocular de linfoma. El paciente se encuentra actualmente en tratamiento paliativo.

Conclusiones: El diagnóstico diferencial entra la retinitis por citomegalovirus y la infiltración de linfoma intraocular es clínicamente desafiante, especialmente en pacientes inmunosuprimidos o con antecedentes de linfoma. Ambos pueden presentarse con disminución de agudeza visual, lesiones retinianas blanquecinas y vitritis. Con este caso, y las imágenes de alta calidad recogidas, queremos ilustrar los signos clave y la evolución progresiva de esta patología en el fondo de ojo.

CC47

HALLAZGOS OFTALMOLÓGICOS EN EL SÍNDROME DE ALAGILLE

Elena M.^a Gámez Jiménez, José L. Sánchez Vicente

Introducción: El síndrome de Alagille (SA) es una enfermedad genética multisistémica con gran variabilidad clínica, causada mayoritariamente por mutaciones en el gen JAG1 y NOTCH2. Aunque inicialmente se describió como una enfermedad hepática, puede presentarse sin afectación hepática evidente. Su diagnóstico combina criterios clínicos y hallazgos moleculares.

Caso Clínico: Varón de 36 años con fotofobia y ceguera nocturna, antecedentes de trasplante hepático en la infancia y enfermedad renal crónica en hemodiálisis, sin un diagnóstico determinado. En la exploración oftalmológica presentaba embriotoxon posterior, hipoplasia iridiana y facies típica. El fondo de ojo mostró atrofia coriorretiniana periférica simétrica y peripapilar, con acúmulos pigmentarios y tortuosidad vascular con angulación de vasos. La tomografía de coherencia óptica (OCT) y la angiografía por OCT (OCTA) no mostraron alteraciones en la región macular. La angiografía con fluoresceína (FA) confirmó la preservación macular y delimitó las áreas de atrofia periférica. La campimetría reveló aumento de la mancha ciega y contracción periférica. El estudio electrofisiológico evidenció afectación difusa de la función retiniana. El análisis genético confirmó una mutación en JAG1 compatible con SA.

Conclusión: El SA es un trastorno multisistémico asociado a una serie de anomalías oculares características que afectan tanto al segmento anterior como al posterior del ojo. La identificación de estos hallazgos oculares puede contribuir al diagnóstico del SA.

CC48

QUISTES IRIDIANOS: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Vicente Miralles Pechuán, Ana Fernández Hortelano

Introducción: Los quistes iridianos son lesiones infrecuentes del segmento anterior, habitualmente benignas y asintomáticas. Su hallazgo suele ser incidental durante exploraciones rutinarias. Se clasifican en primarios o secundarios en función de su etiología, y es importante conocer sus características clínicas para evitar exploraciones innecesarias o tratamientos erróneos. A continuación, se presenta un caso clínico de un quiste iridiano muy grande con una iconografía muy bien documentada y su manejo.

Caso clínico: Paciente femenino de 71 años remitido a consulta por disminución de la agudeza visual, en el que se detecta una lesión quística en el iris del ojo derecho. En la exploración con lámpara de hendidura se observa una estructura quística, ovalada, translúcida, no vascularizada ni pigmentada, localizada en el iris superior nasal. Se realiza diagnóstico de quiste iridiano primario y se decide realizar cistotomía con láser YAG.

Conclusión: El quiste iridiano primario es una entidad benigna que debe reconocerse para evitar intervenciones innecesarias. La biomicroscopía sigue siendo la herramienta fundamental para su diagnóstico, y el seguimiento clínico suele ser suficiente en la mayoría de los casos. No obstante, existen múltiples tratamientos válidos para su manejo. Se realiza una revisión breve de la literatura ilustrado con un caso clínico bien documentado.

CC49

ANULADA

Casos Clínicos y Maniobras Quirúrgicas

CC50

UNA VARIANTE DEL GEN DE LA RODOPSINA QUE CAUSA RETINOSIS PIGMENTARIA TÍPICA O SECTORIAL EN MIEMBROS DE UNA FAMILIA PORTUGUESA

Rita Teixeira-Martins, Margarida Ribeiro

Introducción: La retinosis pigmentaria (RP) es la distrofia retiniana hereditaria más común. El análisis genético en estos pacientes es fundamental en la actualidad, especialmente con el desarrollo de nuevas terapias génicas.

Caso clínico: Se estudió una familia portuguesa con miembros afectados por RP típica y sectorial. Cuatro personas de tres generaciones fueron evaluadas con agudeza visual corregida (AVC), fotografía de fondo de ojo, autofluorescencia, OCT, campo visual (CV) cinético y electroretinografía (ERG). Los tres miembros más jóvenes realizaron análisis genético. En la paciente índice se realizó un panel de secuenciación de nueva generación (NGS) para RP (124 genes), y posteriormente se realizó secuenciación dirigida por Sanger en su padre y su tía. Todos los miembros de la familia referían nictalopía. Los hallazgos obtenidos mediante imagen del fondo de ojo, campo visual y electroretinografía fueron compatibles con RP típica en tres individuos de tres generaciones sucesivas. En cambio, un miembro presentó alteraciones retinianas limitadas a los cuadrantes inferiores, compatibles con una forma sectorial de RP. El análisis genético de la paciente índice reveló una variante heterocigota probablemente patogénica en el gen RHO (NM_000539.3: c.545G > A; p. Gly182Asp), que fue posteriormente confirmada en su padre y su tía.

Conclusiones: Se describe una familia con tres miembros afectados por RP típica y uno con RP sectorial, todos portadores de una variante probablemente patogénica en el gen RHO. Se observó un gradiente de severidad clínica relacionado con la edad, con mayor afectación estructural y funcional en el miembro de mayor edad. La paciente con RP sectorial presentó una función visual relativamente conservada.

CC51

ESCLEROSIS MÚLTIPLE: DIAGNÓSTICO A TRAVÉS DE LOS OJOS

Alicia Roldán Muñoz, José C. Valera Ávila

Introducción: La Esclerosis Múltiple es una enfermedad crónica desmielinizante en la que la oftalmología tiene gran relevancia. 1/5 pacientes se diagnostica a partir de un síntoma oftalmológico. Se presentan 4 casos con diagnóstico mediante nuestra especialidad.

Caso 1: Varón de 30 años con visión borrosa y mancha negra fija central en OD de 3 días. AV 0,2. Biomicroscopia, fondo y OCT sin alteraciones. Diagnóstico: neuritis óptica retrobulbar. RM con lesiones compatibles con EM. Tratado con corticoides iv, recuperación visual completa.

Caso 2: Mujer de 25 años con diplopía binocular horizontal súbita. AV y fondo normales. A la motilidad ocular se observa oftalmoplejía internuclear izquierda: limitación de la aducción del ojo izquierdo con nistagmo del ojo derecho en la mirada hacia la derecha. RM muestra lesiones compatibles con EM.

Caso 3: Varón de 44 años con diplopía binocular súbita. AV y fondo normales. Esotropía y limitación de abducción OI, parálisis VI par izquierdo. RM con lesiones típicas de EM. Diagnóstico confirmado con BOC en LCR. Mejora tras corticoides iv.

Caso 4: Mujer de 30 años con espondilitis anquilosante HLA-B27 negativa y uveítis anterior aguda recurrente. Consulta por visión borrosa y miodesopsias. Exploración: seclusión pupilar OD, Tyndall 2+ y vitritis OI, cataratas bilaterales (OD > OI). FO OI con vitritis y snowballs periféricos; FO OD no valorable. RM craneal y medular con lesiones sugestivas de EM; diagnóstico confirmado por BOC en LCR.

Conclusión: La exploración oftalmológica es crucial en la detección precoz de la esclerosis múltiple, ya que signos como la neuritis óptica, oftalmoplejías, parálisis oculomotoras y uveítis pueden aparecer antes del diagnóstico neurológico. Su adecuada interpretación puede facilitar un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, mejorando el pronóstico visual y sistémico de nuestros pacientes.

CC52

EDEMA DEL DISCO ÓPTICO EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE POEMS ASOCIADO A LA ENFERMEDAD DE CASTLEMAN

Alejandro Bonmati Echevarría, José L. Sánchez Vicente

Introducción: El Síndrome de POEMS es una enfermedad considerada como un fenómeno paraneoplásico secundario a una displasia de células plasmáticas. Se trata de una enfermedad autoinflamatoria consecuencia de la presencia de una población de células plasmáticas monoclonales, junto a un aumento de citoquinas pro-inflamatorias como el VEGF, la IL-6, la IL-1B y el TNF- α .

Por otra parte, la enfermedad de Castleman (CD) es un trastorno linfoproliferativo con varios subtipos y diferentes etiologías, siendo uno de los criterios mayores para el diagnóstico del síndrome de POEMS.

Presentamos el caso de un paciente con EC variante hialino vascular sistémica asociada a POEMS que desarrolló un edema de papila como manifestación oftalmológica.

Caso Clínico: Varón de 36 años diagnosticado de EC, variante HV sistémica diagnosticada por biopsia de ganglio inguinal, asociado a síndrome de POEMS 18 meses antes, a raíz de un cuadro de polineuropatía de evolución subaguda-crónica de predominio motor acompañado de hepato-esplenomegalia, hemangiomatosis glomeruloide cutánea y defecto severo de la hemostasia primaria.

El paciente se presentó con edema de papila bilateral. La agudeza visual mejor corregida fue de 0,8 en el ojo derecho y de 0,8 en el ojo izquierdo. La tomografía de coherencia óptica confirmó el edema de papila, mostrando un engrosamiento de la capa de fibras nerviosas de la retina. La angiografía con fluoresceína mostró hiperfluorescencia temprana de las papilas ópticas con una leve difusión tardía. El estudio de campo visual reveló un agrandamiento de la mancha ciega en ambos ojos y un defecto arqueado inferior en el ojo izquierdo.

Conclusión: El síndrome de POEMS constituye una enfermedad muy poco frecuente con múltiples presentaciones clínicas. Entre las manifestaciones oftalmológicas, la aparición de edema de papila constituye la más frecuente. asociación con polineuropatía y proteínas monoclonales debería hacernos considerar el diagnóstico de la enfermedad.

CC53

PHOMS: MARCADOR TOMOGRÁFICO DE INTERÉS PARA EL ESTUDIO DE NEUROPATÍAS ÓPTICAS

Andrea Català Nadal, Laura Manfreda Domínguez

Introducción: Las PHOMS, acrónimo en inglés de masas ovoideas peripapilares hiperreflectivas. Actualmente son consideradas la primera causa de pseudopapiledema, por encima de las drusas de nervio óptico. Por otro lado, se pueden presentar asociadas a distintas entidades neurooftalmológicas.

Casos Clínicos: El primer caso es el de una niña de 6 años asintomática y con una exploración oftalmológica anodina a excepción de un borramiento de ambas papilas. En la OCT en modo B-scan destaca la presencia de unas estructuras hiporreflectivas con forma oval rudimentaria compatibles con drusas de nervio óptico, así como unas masas ovoideas hiperreflectivas peripapilares compatibles con PHOMS.

El segundo caso corresponde a un varón de 24 años, obeso, que debuta con cefalea, visión borrosa y diplopía horizontal. En el fondo de ojo se observa una imagen de edema de papila bilateral. En la OCT papilar en el modo B-scan destaca la elevación de la papila y la aparición de unas masas hiperreflectivas ovoideas peripapilares compatibles con PHOMS. Tras un exhaustivo estudio etiológico se establece el diagnóstico de papiledema por HICI y se instaura tratamiento con acetazolamida oral. Durante la evolución, mejora la cefalea y la cínica visual a la vez que en la OCT se constata una regresión del edema de papila y, paralelamente, una disminución en el tamaño de las PHOMS.

Conclusiones: Las PHOMS son una manifestación tomográfica de axones edematosos que se hernian a la retina peripapilar y traducen una alteración del flujo axoplásmico. Pueden aparecer en sujetos sanos, bien aisladas o asociadas a alteraciones estructurales de la papila como papilas oblicuas; en ese contexto suelen permanecer estables y contribuyen al diagnóstico de pseudoedema de papila. Las PHOMS también pueden acompañar a diferentes neuropatías ópticas como el papiledema y en estos casos, conforme se va resolviendo el proceso su tamaño regresa, por lo que pueden ser útiles en su diagnóstico y seguimiento.

CC54

ESTRABISMO DIVERGENTE TIPO WEBINO ASOCIADO A SÍNDROME DE CRION

Leila Dhiman García, Daniel de la Fuente Gómez

Introducción: El síndrome de CRION (Neuropatía Óptica Inflamatoria Recurrente Crónica) cuya etiopatogenia se presume autoinmune, se caracteriza por episodios agudos de pérdida visual dolorosa con buena respuesta a corticosteroides. Por otro lado, el síndrome de WEBINO (Wall-Eyed Bilateral Internuclear Ophthalmoplegia) se origina por una lesión bilateral del fascículo longitudinal medial y se manifiesta con exotropía, limitación de la aducción y nistagmo de abducción contralateral, con convergencia preservada.

Caso Clínico: Se presenta un paciente de 40 años con síndrome de CRION que ingresa en el servicio de neurología al debutar con estrabismo divergente de reciente aparición. En la exploración oftalmológica, la agudeza visual es de cuenta dedos a 2 metros en ojo derecho (OD) y movimiento de manos en ojo izquierdo (OS). Las pupilas son isocóricas y normorreactivas. La biomicroscopía, el campo visual y la capa de fibras son normales, presentando una palidez papilar. En posición primaria, presenta una exotropía de 45 dioptrías prismáticas con dominancia de OS. En la mirada conjugada horizontal, presenta limitación de la aducción, mayor en OD. Nistagmo en abducción en OS. En base a los hallazgos clínicos, tras descartar causas vasculares, desmielinizantes, autoinmunes e infecciosas se establece el diagnóstico de síndrome de oftalmoplejía internuclear bilateral o síndrome de WEBINO.

Conclusiones: Se debe realizar una exploración detallada para definir la causa probable de estos síndromes y establecer el tratamiento oportuno que favorezca el pronóstico neurológico. En esta presentación, abordamos un caso clínico poco frecuente en el que ambas entidades se manifiestan de manera concomitante, permitiendo explorar su posible relación y relevancia clínica.

CC55

DESAFÍO DIAGNÓSTICO: FÍSTULA CARÓTIDO-CAVERNOSAS DE BAJO FLUJO EN EL CONTEXTO DE VASCULITIS SISTÉMICA

Laura Franz Pérez, Carlos Santana Plata

Introducción: Las fístulas carótido-cavernosas (FCC) son comunicaciones anómalas entre el sistema arterial y el seno cavernoso. Las FCC de bajo flujo son una entidad poco frecuente que puede presentarse con signos oftalmológicos inespecíficos y sutiles, que muchas veces pasan desapercibidos. Su diagnóstico precoz puede suponer un desafío, especialmente si no existe un antecedente traumático y coexiste con antecedentes sistémicos inflamatorios. El reconocimiento de signos como la congestión conjuntival en «cabeza de medusa», proptosis, diplopía o alteración de la motilidad ocular puede ser clave para la sospecha diagnóstica.

Caso Clínico: Varón de 52 años que acude a urgencias por clínica de enrojecimiento ocular e inflamación en ojo derecho (OD) en repetidas ocasiones en los últimos meses. En la última visita presenta además visión borrosa y diplopia intermitente. Entre sus antecedentes, destaca el hecho de que padece una vasculitis C-ANCA en tratamiento, no refiere antecedentes traumáticos. A la exploración se evidencia un patrón vascular conjuntival en «cabeza de medusa», ptosis leve del párpado superior derecho, tortícolis con cabeza girada a la derecha, endotropía de OD con limitación de la abducción con el resto de los movimientos conservados y limitación de la convergencia. A pesar del informe del TC de urgencias que sugiere Enfermedad Inflamatoria Orbitaria Idiopática (EIOI), ante la sospecha de un FCC se solicita una Angio RM que confirma la presencia de una FCC de bajo flujo. En controles sucesivos el paciente refiere disminución de la agudeza visual debido a un desprendimiento de retina neurosensorial (DNS) evidenciado en la OCT macular.

Conclusiones: Las FCC pueden confundirse con conjuntivitis crónica, escleritis, EIOI, celulitis orbitaria o enfermedad tiroidea, más aún si coexisten enfermedades sistémicas como las vasculitis c ANCA, lo que retrasa el diagnóstico y el tratamiento temprano. La pérdida visual a menudo es causada por glaucoma asociado al aumento.

CC56

INOCENTES PARESTESIAS

Alex Gago Argüello, Lucía Gómez Fernández

Introducción: Las parestesias postherpéticas son una complicación frecuente del herpes zóster. El riesgo aumenta con la edad, la severidad del cuadro inicial y la afectación oftalmológica. Las parálisis oculomotoras combinadas se deben a una afectación de los nervios craneales que controlan los movimientos oculares. Las causas de esta parálisis pueden ser diversas como daño directo a los nervios o lesiones en los núcleos troncoencefálicos.

Caso Clínico: Presentamos el caso de un varón de 43 años que acude a Urgencias de oftalmología refiriendo dificultad para enfocar asociada a parestesias en V1 y V2. Como antecedentes de interés encontramos cirugía refractiva por hipermetropía y estrabismo en la infancia tratado con oclusión. En una visita previa al servicio de Neurología de Urgencias de nuestro Hospital 15 días antes por parestesias faciales, siendo diagnosticado de Neuralgia postherpética. En esa visita al servicio de Urgencias se le realiza un TAC craneal encontrándose como hallazgo casual una lesión extraaxial sugestiva de «meningioma infratentorial izquierdo». La exploración oftalmológica resulta normal en ese momento. Tras 21 días acude de nuevo a nuestra consulta con un cuadro de ptosis, diplopía y disminución de AV OI. Se diagnostica al paciente de una parálisis combinada de nervios craneales izquierdos (III, IV, V y VI pc). En un nuevo TAC craneal se objetiva un rápido crecimiento de la lesión intracraneal con invasión del seno cavernoso izquierdo. Neurocirugía decide el ingreso del paciente. Tras ampliar el estudio se concluye el diagnóstico de diseminación intracraneal de tumor primario pulmonar.

Conclusión: Este caso manifiesta la importancia de una visión holística del paciente y de una valoración multidisciplinar ante síntomas aparentemente banales, teniendo en cuenta el contexto, pero mirando más allá. Es importante tener un índice de sospecha diagnóstico elevado pues el desarrollo rápido orienta a causas estructurales graves.

CC57

NO TODO ES LO QUE PARECE: TRAS LA PISTA DEL EDEMA DE PAPILA

Belén García Remedio, María Jerez Fidalgo

Introducción: El hemangioma capilar yuxtapapilar consiste en una malformación vascular benigna que aparece sobre o adyacente a la papila óptica. Esta proliferación de capilares aparece bien de manera esporádica o bien en el contexto de la enfermedad de Von-Hippel-Lindau.

Por su forma de presentación puede confundirse con facilidad con un borramiento del borde de la papila óptica, constituyendo un reto diagnóstico.

Casos clínicos: Presentamos tres casos clínicos de pacientes que fueron derivados a la consulta con un diagnóstico de sospecha de papilitis por un presunto borramiento de la papila óptica.

La primera paciente, mujer de 77 años asintomática, a la que se le detecta este hallazgo durante una revisión rutinaria. El segundo paciente, varón de 30 años, con episodios de hemóviteo de repetición en ojo izquierdo (OI), y que durante una de las exploraciones se aprecia un borramiento en el borde superior de la papila del OI. El tercer paciente, varón de 55 años asintomático, derivado desde neurología para confirmar su diagnóstico de edema de papila.

En todos estos casos se procedió a realizar pruebas complementarias sistémicas con el objetivo de filiar la causa de los hallazgos descritos, resultando todas ellas normales.

Una vez descartadas causas inflamatorias, infecciosas o lesiones ocupantes de espacio, se realizó un estudio oftalmológico completo, incluyendo angiografía fluoresceínica (AGF). Esta prueba mostró un patrón compatible con hemangioma yuxtapapilar, proporcionando el diagnóstico definitivo.

Conclusiones: El hemangioma yuxtapapilar es una lesión vascular con una baja incidencia, que suele estar infradiagnosticada en la población al ser muchos casos asintomáticos. Por tanto, debe ser una opción a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de borramiento de borde papilar en que las pruebas complementarias realizadas son anodinas. En esos casos, se considera de gran utilidad la AGF, ya que nos proporcionará el diagnóstico definitivo.

CC58

DE DRUSAS ENTERRADAS A SUPERFICIALES: EVOLUCIÓN DE LAS DRUSAS DE NERVIÓ ÓPTICO DURANTE LA ADOLESCENCIA

Rocío García Risco, Laura Sánchez Vela

Introducción: Las drusas del nervio óptico (DNO) son depósitos calcificados en la cabeza del nervio óptico. Aunque suelen ser asintomáticas, pueden asociarse con pérdida del campo visual y complicaciones como neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica (NOIA-NA). Existe poca evidencia sobre la evolución y progresión de las DNO, dada la escasez de estudios con seguimiento prolongado.

Caso Clínico: Mujer de 19 años en seguimiento desde los 9 por pseudopapiledema bilateral. La ecografía inicial mostró drusas papilares enterradas. Hasta 2018, las papilas se mantuvieron estables, pero posteriormente se observó aumento de la elevación y borramiento de bordes, sobre todo en el ojo derecho (OD). En 2021 se inició tratamiento con brinzolamida y en 2022, la paciente consultó por disminución visual en OD. La OCT reveló una caída del grosor de la capa de fibras nerviosas de 165 μm a 60 μm en un mes, compatible con NOIA-NA. Por otro lado, durante los últimos tres años, coincidiendo con la adolescencia de la paciente, se evidenció una clara superficialización de las drusas en OD, acompañada de un empeoramiento progresivo del campo visual y un aumento en el número de drusas visibles en la fundoscopia.

Discusión: La evolución de las drusas del nervio óptico no es lineal ni simétrica a lo largo del tiempo. Al analizar varias series de casos, se ha demostrado que la progresión en la localización y el número de drusas ocurre principalmente antes de la adustez (Malmqvist, 2017), concretamente durante la adolescencia (Frisen, 2008).

Las complicaciones como la neuropatía óptica isquémica pueden presentarse y agravar la pérdida visual, especialmente en pacientes con pseudopapiledema donde el diagnóstico resulta más difícil de establecer. La evaluación multimodal (fondo de ojo, campimetría, OCT y ecografía) es esencial para monitorear la progresión anatómica y funcional, facilitando un diagnóstico oportuno y un manejo adecuado para preservar la visión a largo plazo.

CC59

NEURITIS ÓPTICA PARAINFECCIOSA: DE LA INCERTIDUMBRE A LA RESOLUCIÓN

Begoña López Pérez, Amelia Marco Campmany

Introducción: La neuritis óptica parainfecciosa es una neuropatía óptica inflamatoria que ocurre tras una infección sistémica previa, generalmente viral. Se considera una reacción inmunomediada secundaria a una respuesta inflamatoria postinfecciosa. Su reconocimiento precoz es fundamental para evitar secuelas visuales.

Caso clínico: Paciente mujer de 37 años acude a urgencias por cefalea frontal y visión borrosa en el ojo izquierdo. Antecedentes personales sin interés, salvo episodio reciente de gastroenteritis y lesión herpética en labio. En la exploración oftalmológica presenta agudeza visual corregida (AVcc) de 20/20 en ojo derecho (OD) y 20/32 en ojo izquierdo (OI), con defecto pupilar aferente en OI y edema de papila bilateral en la fundoscopia. Se deriva a urgencias generales para analítica e imagen, que resultan normales.

A las 48 horas, se produce empeoramiento visual: AVcc 20/200 en OD y no percibe luz en OI. Por lo que se inicia corticoterapia intravenosa por sospecha de neuritis óptica bilateral. La RMN craneal muestra hiperintensidad en secuencia FLAIR de los nervios ópticos y foco de mielopatía en T4. Punción lumbar y analítica inmunológica (anticuerpos anti-*quaporina 4* y antiproteína de la mielina de oligodendrocito) e infecciosa fueron normales.

Ante la ausencia de mejoría tras seis días, se inicia tratamiento con plasmaféresis. Tras tres sesiones, se observa mejoría visual, por lo que se retira el tratamiento y se da el alta con seguimiento. Actualmente, la paciente presenta AVcc de 20/20 OD y 20/25 OI, con palidez papilar bilateral y escotoma arciforme inferior en OI.

Conclusión: La neuritis óptica parainfecciosa es poco frecuente y, debido a la escasa documentación sobre la enfermedad, se considera un diagnóstico de exclusión. Su manejo inicial incluye corticoides intravenosos; en ausencia de respuesta, puede ser necesario emplear terapias como la plasmaféresis.

CC60

NEUROPATÍA CRANEAL MÚLTIPLE COMO MANIFESTACIÓN DE CARCINOMATOSIS MENÍNGEA. SERIE DE CASOS

Almudena Montejo Elorza, Javier Pascual Prieto

Introducción: Existen muchas causas de neuropatía craneal múltiple. Entre ellas se encuentra la carcinomatosis meníngica, complicación tardía e infrecuente del cáncer cuya sospecha requiere una rápida actuación.

Caso 1: Varón de 45 años, VIH+, consulta por diplopía binocular. Presenta parálisis de los nervios craneales VI derecho y III izquierdo, así como parálisis facial bilateral. La resonancia magnética (RM) revela engrosamiento y realce de múltiples nervios craneales. Además, presenta múltiples lesiones cutáneas en cuero cabelludo que se biopsian, confirmando un linfoma B difuso compatible con linfoma Burkitt. El estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR) muestra linfomatosis meníngica con hipoglucorraquia y citometría positiva para células de Burkitt (Figura1), confirmando el diagnóstico de carcinomatosis meníngica. Se inicia quimioterapia intratecal con resolución clínica.

Caso 2: Varón de 33 años con antecedente de leucemia linfoblástica aguda en remisión, consulta por diplopía binocular de inicio brusco. Presenta parálisis de VI par derecho inicialmente, con posterior afectación bilateral y parálisis facial. La citometría de LCR muestra 96% de células blásticas T (Figura2). El tratamiento con quimioterapia intratecal mejoró la clínica.

Conclusión: Las variantes histológicas del linfoma y la leucemia tienen alta incidencia de diseminación a LCR, por lo que la evaluación citológica al diagnóstico es crucial. Esta serie de casos muestra la importancia de considerar la carcinomatosis meníngica en cualquier neuropatía craneal de nueva aparición, especialmente en pacientes VIH+. Un diagnóstico adecuado deberá basarse en un examen clínico exhaustivo, así como el empleo de técnicas de imagen y despistaje de infecciones oportunistas como la tuberculosis, criptococosis y herpes virus. Finalmente, el análisis del LCR con presencia de células tumorales confirma el diagnóstico. El tratamiento de elección es la quimioterapia intratecal, más efectiva en leucemias y linfomas.

CC61

DIPLOPÍA EN LOS MAYORES, LO PRIMERO ES LA VELOCIDAD

Luis E. Muñoz Rodríguez, Vyara Hristova Yankova

Introducción: La arteritis de células gigantes (ACG) o arteritis de la temporal (AT) es una vasculitis sistémica de grandes vasos que afecta a personas mayores. Las manifestaciones oftalmológicas más frecuentes son: amaurosis fugax, neuritis óptica isquémica y parálisis oculomotoras.

Caso clínico: Mujer de 81 años que acude a urgencias por intenso dolor en ojo izquierdo (OI) y diplopía binocular de 3 días de evolución.

Presentaba una ptosis moderada en OI asociada a una exotropía de 12 dioptrías prismáticas (DP) de lejos y 20 DP de cerca y a 6DP de hipertropía. La aducción estaba limitada no pasando de línea media. Las pupilas eran isocóricas. Ante el diagnóstico de una parálisis dolorosa y completa del III par OI con pupila conservada se solicitó una prueba imagen craneal y orbitaria y analítica urgente con reactantes de fase aguda, aunque la paciente no presentaba signos sistémicos. La PCR fue de 140 mg/dl y la VSG de 112 mm/h con trombocitosis asociada. Se hizo ITC urgente a Reumatología que tras ECO Doppler de arteria temporal confirmó la ACG e inició tratamiento con 1 mg/Kg de prednisona en pauta descendente según niveles de VSG. El dolor desapareció tras el primer día de tratamiento y la diplopía mejoró rápidamente estando en ortotropía a los 2 meses del inicio del tratamiento.

Conclusiones: Ante cualquier parálisis oculomotora en una persona mayor es clave solicitar una VSG y PCR de forma urgente, aunque no haya síntomas sistémicos y de esta manera descartar una patología que es tratable y prevenir la aparición de complicaciones oftalmológicas y sistémicas muy severas y potencialmente irreversibles.

CC62

CUADRANTANOPSIA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE?

Rafael Orti García, Jorge J. Lara Bohoyo

Introducción: Las alteraciones campimétricas pueden ser la primera manifestación de patologías neurológicas graves. Se presenta el caso de un paciente joven que consulta por escotoma visual y cuadrantanopsia, siendo inicialmente diagnosticado de lesiones cerebrales de posible origen metastásico. Tras un estudio más detallado, se confirmó toxoplasmosis cerebral en el contexto de infección por VIH no conocida previamente.

Caso clínico: Varón de 30 años, sin antecedentes oftalmológicos, consulta por escotoma temporal en ojo izquierdo (OI) de un mes de evolución, precedido de fopsias. AV 1,0 en ambos ojos, con exploración oftalmológica y fondo de ojo normales. La campimetría reveló cuadrantanopsia nasal superior en OD y temporal superior en OI. La TAC craneal mostró lesiones intraaxiales parieto-occipitales derechas con edema vasogénico y otras lesiones en regiones frontobasal y parietal izquierdas, inicialmente sugestivas de metástasis. La RMN reveló múltiples lesiones con realce periférico, restricción a la difusión y edema, compatibles con proceso infeccioso. Serología VIH positiva (carga viral: 894.000 copias/mL) y PCR positiva para *Toxoplasma gondii*. Se inició tratamiento antirretroviral y terapia antitoxoplásmica con buena evolución clínica.

Discusión y conclusión: Este caso resalta la importancia del examen campimétrico en urgencias oftalmológicas ante síntomas visuales atípicos. La cuadrantanopsia permitió detectar lesiones cerebrales sugestivas de infección oportunista. La evaluación oftalmológica puede ser clave en el diagnóstico precoz de patologías neurológicas graves. La toxoplasmosis cerebral debe considerarse en el diagnóstico diferencial de defectos campimétricos en pacientes inmunocomprometidos.

CC63

MEJORÍA VISUAL CON SELUMETINIB EN GLIOMA ÓPTICO REFRACTARIO ASOCIADO A NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1

Kincso Posa, Bárbara Acosta Acosta

Introducción: La neurofibromatosis tipo 1 (NF1) es un trastorno genético que conllevan la pérdida de función de la neurofibromina 1, un regulador negativo de la vía MAPK. Esta patología se relaciona con el desarrollo de gliomas en un 15-20% de los casos, presentando en un alto porcentaje afectación de la vía óptica, lo cual supone grandes dificultades a la hora de su tratamiento quirúrgico, imposibilitando su resección. Con el avance de las terapias dirigidas, ha surgido el Selumetinib como una alternativa en el tratamiento de estos tumores.

Caso clínico: Presentamos el caso de una niña de 5 años con diagnóstico de glioma de la vía óptica relacionado con NF1 que, tras un tratamiento fallido con quimioterapia debido a la falta de respuesta y empeoramiento de la visión, fue tratada con Selumetinib, consiguiendo una buena respuesta tumoral y evidenciando, además, una mejoría llamativa de su mejor agudeza visual corregida, pasando de 0,2 a 0,6 en el ojo derecho y de 0,1 a 0,2 en el ojo izquierdo. Por otro lado, a pesar de no observarse mejoría en la atrofia de las capas de fibras nerviosas retinianas de ambos nervios ópticos en la tomografía de coherencia óptica, se pudo apreciar una mejoría en los resultados del campo visual, haciendo hincapié en la limitación que supone la realización de esta prueba en la edad pediátrica.

Conclusión: El Selumetinib se presenta como una posible terapia dirigida para aquellos gliomas de la vía óptica en contexto de NF1 recidivantes o refractarios con un buen perfil de toxicidad, consiguiendo además de una respuesta tumoral, mejoría funcional de la agudeza visual. Sin embargo, su beneficio, especialmente a largo plazo, en comparación con la quimioterapia es todavía desconocida, debiendo seguir investigando sobre ello.

CC64

NEURITIS ÓPTICA ATÍPICA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE INFECCIÓN POR BARTONELLA HENSELAE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Hernán A. Sáez Martínez, Ana Ibáñez Muñoz

Introducción: La neuritis óptica es una inflamación del nervio óptico habitualmente asociada a enfermedades desmielinizantes, infecciones o patologías autoinmunes. Su forma típica cursa con pérdida visual, dolor ocular y defecto pupilar aferente. Sin embargo, en casos atípicos, la agudeza visual puede estar conservada y los defectos campimétricos ser inusuales. Bartonella henselae, agente causal de la enfermedad por arañazo de gato, se ha vinculado de forma infrecuente a manifestaciones neurooftalmológicas, siendo aún más raro que se manifieste como neuritis óptica aislada sin síntomas sistémicos.

Caso clínico: Mujer de 56 años sin antecedentes relevantes que consultó por visión borrosa en el campo visual temporal inferior del ojo izquierdo (OI), de cinco días de evolución. La agudeza visual era 20/20 en ambos ojos, la motilidad ocular estaba preservada y presentaba un defecto pupilar aferente relativo en el OI. El fondo de ojo mostró edema de papila con hemorragias inferotemporales. La OCT no evidenció edema macular. El campo visual detectó hemianopsia homónima izquierda. Las pruebas de imagen (TAC y RMN craneoorbitaria), potenciales evocados visuales y electroretinograma fueron normales. La serología fue positiva para Bartonella henselae, con títulos compatibles con infección activa. No se hallaron signos de esclerosis múltiple ni patología desmielinizante. Se inició tratamiento con doxiciclina 100 mg/12 h durante cuatro semanas y corticoterapia oral descendente. La paciente presentó resolución completa del edema y normalización campimétrica a los tres meses.

Conclusiones: La neuritis óptica infecciosa debe considerarse ante presentaciones clínicas atípicas. Bartonella henselae, aunque poco frecuente, puede causar afectación neurooftalmológica aislada. El diagnóstico precoz y tratamiento dirigido son clave para evitar secuelas visuales. Este caso subraya la necesidad de una evaluación etiológica amplia ante neuritis ópticas inusuales.

CC65

EMBOLIA PARADÓJICA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR

Cristina Fernández García, Javier Sánchez Rodríguez

Introducción: El síndrome de vena cava superior (SVCS), frecuentemente asociado a trombosis en pacientes portadores de catéteres centrales, puede cursar con edema facial y síntomas oculares inespecíficos. En este contexto, otros hallazgos visuales pueden ser el primer signo de una complicación neurológica relevante. La embolia paradójica a través de un foramen oval persistente (FOP) es una causa poco frecuente pero importante de ictus en pacientes con trombosis venosa profunda.

Caso clínico: Mujer de 75 años con antecedentes de hipertensión, diabetes, insuficiencia renal crónica en hemodiálisis y múltiples trombosis de accesos vasculares, ingresa por SVCS secundario a trombosis de la confluencia yugulo-subclavio-cava. Durante el ingreso refiere visión borrosa y distorsión visual. En la exploración oftalmológica presenta edema periorbitario, agudeza visual de 0,5 en ambos ojos, y defecto hemianóptico homónimo izquierdo en el campo visual 30:2. La tomografía de coherencia óptica de fibras nerviosas y células ganglionares es normal. La resonancia magnética cerebral muestra lesión isquémica subaguda en territorio ténporo-occipital derecho, con afectación de radiaciones ópticas. El ecocardiograma transesofágico evidencia FOP y trombosis de vena cava superior. Se diagnostica embolia paradójica como causa del ictus occipital.

Conclusiones: La afectación visual en pacientes con SVCS puede ocultar una patología neurológica grave. El defecto hemianóptico en el campo visual motivó el diagnóstico de un ictus embólico de origen paradójico. Este caso destaca la importancia del examen oftalmológico completo y del campo visual como herramienta clave para detectar complicaciones neurológicas en pacientes sistémicamente complejos.

CC66

EL PULSO DETRÁS DEL OJO: UN ENIGMA NEUROVASCULAR

Alejandro Sánchez Molina, Paula Arribas Pardo

Introducción: Mostrar un caso clínico de fístula carótido-cavernosa (FCC) que puede suponer una urgencia neurooftalmológica grave, comprometiendo la función visual e incluso la vida del paciente.

Caso Clínico: Mujer de 81 años, hipertensa, dislipémica, hipotiroidea, con artritis reumatoide seropositiva, acude a urgencias con ojo rojo e inflamación periocular en OD de días de evolución. A la exploración oftalmológica presenta una agudeza visual (AV) de 0,5, una presión intraocular (PIO) de 18 mmHg, pupilas isocóricas normorreactivas y ausencia de defecto pupilar aferente relativo. En la biomicroscopía(BMC) destaca quemosis conjuntival de predominio inferior con vaso epiescleral ingurgitado en OD, reacción papilar subtarsal en AO y catarata. El fondo de ojo no presenta alteraciones significativas. Se diagnostica de conjuntivitis inespecífica/epiescleritis y se trata con fluorometolona tópica al alta. Tras una semana de tratamiento, la paciente regresa a urgencias por diplopía binocular horizontal. A la nueva exploración destaca limitación en la abducción de OD con BMC sin cambios. Se realiza interconsulta a neurología que amplía estudio con TC craneal normal, por lo que se cita en consulta por sospecha de paresia de VI par craneal derecho. Tras 20 días, presenta una disminución de la AV y en la BMC inyección conjuntival con vasos en cabeza de medusa en OD con dudoso exoftalmos. Se amplía estudio con angioTC confirmando el diagnóstico de FCC derecha.

Conclusión: La FCC es una condición de baja prevalencia, en la que un buen diagnóstico diferencial y la realización temprana de una prueba de imagen adecuada son imprescindibles para llevar a cabo un tratamiento oportuno y eficaz que garantice la buena evolución del paciente.

Cabe destacar la importancia de realizar un abordaje multidisciplinar para evitar posibles complicaciones. Numerosos pacientes se benefician de tratamiento endovascular realizado por neurorradiología intervencionista como en nuestro caso.

CC67

QUERATOPLASTIA LAMELAR ANTERIOR PROFUNDA TIPO TUCK-IN ASISTIDA POR LÁSER DE FEMTOSEGUNDO EN QUERATOCONO INFERIOR AVANZADO

Mayte Ariño Gutiérrez, Pilar Pérez García

Introducción: La queratoplastia lamelar anterior profunda (DALK) es una opción quirúrgica efectiva para el tratamiento del queratocono avanzado, especialmente en pacientes con adelgazamiento estromal significativo. En casos de queratocono inferior avanzado, las técnicas convencionales pueden presentar dificultades en cuanto a la estabilidad biomecánica y la aposición injerto-huésped. Presentamos una técnica novedosa de DALK parcial tipo tuck-in, asistida por láser de femtosegundo, que busca mejorar la integración estructural preservando la claridad corneal central y la arquitectura límbica.

Caso clínico: Se realizó una DALK sectorial modificada con refuerzo inferior en un paciente con queratocono avanzado y adelgazamiento estromal inferior. Se utilizó un láser de femtosegundo para realizar la trepanación tanto en la córnea donante como en la receptora. En la córnea del paciente se creó un bolsillo estromal lamelar inferior de 1 mm, en el que se introdujo un injerto donante diseñado con un reborde estromal adaptado. La disección estromal se guió mediante tomografía de coherencia óptica intraoperatoria (iOCT), que permitió confirmar el plano de disección y una correcta aposición injerto-huésped. El injerto se fijó con suturas interrumpidas. Se produjo una microperforación intraoperatoria que requirió rebubbling con aire intracameral. El injerto permaneció transparente en el seguimiento postoperatorio y se observó una mejoría en el grosor y contorno de la zona adelgazada.

No existen intereses comerciales en esta presentación.

Conclusión: Esta primera experiencia con la técnica DALK parcial tipo tuck-in asistida por láser de femtosegundo demuestra su viabilidad y potencial beneficioso en casos de queratocono inferior avanzado. La técnica ofrece una mejor integración biomecánica y podría representar una alternativa eficaz en pacientes con adelgazamiento localizado, siempre que se disponga de un abordaje personalizado y guiado por imagen intraoperatoria.

CC68

SÍNDROME DE DOWN Y QUERATOPLASTIAS: UNA COMBINACIÓN DE ALTO RIESGO

Sergio Blanco Nodal, Nerea Saenz Madrazo

Introducción: Los pacientes con síndrome de Down (SD) tienen una prevalencia mayor de queratocono por frotamiento ocular constante y anomalías en la superficie ocular. El síndrome de párpado laxo (FES) también es común en estos pacientes y contribuye a la exposición corneal crónica, inflamación y mayor riesgo de complicaciones.

Casos clínicos: Se exponen tres casos clínicos con iconografía de pacientes con SD que presentaron complicaciones tras queratoplastias:

Caso 1: Hombre de 27 años con hydrops corneal que abarca un área $>5,5$ mm se le realiza queratoplastia penetrante (QPP). Sufre ulceración e infección inferior en el injerto, requiere un segundo trasplante (QPP) por perforación. Persistieron problemas en la zona inferior.

Caso 2: Mujer de 35 años, se le realiza queratoplastia laminar anterior (DALK). Al mes desarrolló melting inferior que no mejoraba con tratamiento. Se realizó una nueva DALK y a la semana, hubo que añadirle un trasplante de membrana amniótica (TMA) por adelgazamiento severo en la zona inferior.

Caso 3: Hombre de 46 años con trasplante corneal hace 20 años. Sufrió adelgazamiento corneal severo. Se realizó una queratoplastia penetrante (QPP). Al mes comienza con un adelgazamiento severo del injerto y requiere de una nueva QPP añadiéndole un TMA. A pesar de estas medidas, el trasplante comenzó a adelgazarse en zona temporal por exposición corneal y hubo que inducirle una ptosis (temporal) con toxina botulínica.

Conclusión: Los pacientes con SD tienen un riesgo mucho mayor de padecer queratocono. Este riesgo se agrava por características específicas tales como corneas más delgadas, inflamación crónica de la superficie ocular, y problemas palpebrales como el párpado laxo (FES), factor clave en la aparición de queratitis, úlceras y perforación del injerto. En nuestros 3 casos clínicos aparecieron complicaciones corneales en el postoperatorio inmediato en las zonas inferiores o interpalpebrales, lo cual refuerza nuestra hipótesis.

CC69

DISTROFIA CORNEAL GRANULAR ¿TIPO I O II? CUANDO LOS ESTUDIOS ANATOMOPATOLÓGICO Y GENÉTICO NO COINCIDEN

Raquel Cebrián Sanz, Beatriz Jiménez del Río

La distrofia corneal granular (DCG), una entidad infrecuente dentro de las distrofias estromales hereditarias. Se distinguen dos variantes clínicas: la tipo 1 o clásica y la tipo 2 o de Avellino, ambas de transmisión autosómica dominante.

Mujer de 42 que consulta por primera vez por baja visión bilateral desde la infancia (0,1 y 0,05 respectivamente, que no mejora con corrección). En la exploración se observan lesiones blanquecinas redondeadas y bien delimitadas, localizadas a nivel subepitelial y estromal anterior, y otras de aspecto cristalino, en ambos ojos, afectando el eje visual, pero respetando la periferia. Su hijo, que la acompaña a la consulta, presenta lesiones similares de menor tamaño, sin afectación visual.

Ante la sospecha de DCG, se solicita estudio genético, y se realiza una queratoplastia lamelar anterior profunda (DALK). El botón corneal extraído se somete a análisis anatomopatológico.

El estudio genético identifica la mutación c.371G > A (p. Arg124His) en heterocigosis en el gen TGFB1, descrito en la literatura como variante patogénica causante de DCG tipo II, y concordante con nuestra sospecha clínica inicial, atendiendo a la presencia de dos tipos de depósitos con diferente morfología. Sin embargo, el análisis histológico del botón muestra depósito hialino que tiñe de rojo con tricómico de Masson, sin evidencia de amiloide (Rojo Congo negativo), compatible con una DCG tipo I.

Las distrofias corneales son entidades poco frecuentes, pero con gran impacto en la calidad de vida de los pacientes y que pueden ser transmitidas a su descendencia. Este caso destaca la importancia de una evaluación diagnóstica integral: fenotípica, genotípica y anatomopatológica, ya que como mostramos, puede haber discrepancias entre las mismas. O, ¿Tal vez se trate de un espectro dentro de la misma entidad?.

CC70

EVOLUCIÓN DURANTE 25 AÑOS DE UNA DISTROFIA CRISTALINA CENTRAL Y TRATAMIENTO CON LÁSER EXCÍMER

Melania Cigales Jirout, Jairo Hoyos Chacón

Introducción: La distrofia cristalina de Schnyder es una entidad hereditaria caracterizada por la presencia de depósitos lipídicos en el estroma anterior central de la córnea. Aparece en la primera o segunda década de la vida, como pequeños cristales policromáticos en la córnea, que ocasionan síntomas de fotofobia y disminución progresiva de la agudeza visual.

Caso clínico: Presentamos un caso diagnosticado en un niño de 10 años, que mantuvo durante 15 años de seguimiento una agudeza visual de 1,0, con una refracción estable en ojo derecho de + 3,75 - 3,75x10° y en ojo izquierdo de +3,00 -3,00x160°. A los 35 años de edad, presentó disminución visual en ojo izquierdo, alcanzando 0,65 con + 3,50 -5,75x140°. Se planteó queratectomía fototerapéutica (PTK) con láser excímer, midiendo mediante OCT corneal la profundidad de los depósitos para planificar la ablación. Se realizó una ablación epitelial de 50 micras, seguida de una ablación estromal de 50 micras y se aplicó mitomicina C 0,02 % durante 30 segundos. El paciente recuperó su agudeza visual de 1,0 con una refracción de + 0,50 -3,50x150°, que mantiene 3 años después.

Conclusión: La PTK guiada por OCT corneal es un buen tratamiento en la distrofia cristalina, cuando afecta el área pupilar disminuyendo la agudeza visual. El tratamiento tiene una desviación miópica. Un seguimiento más largo, determinará durante cuánto tiempo se mantiene su efecto.

CC71

MÁS QUE UNA EXTRUSIÓN: PIOMIOSITIS OCULAR POR MYCOBACTERIUM ABSCESSUS

Jorge Duque García, Luis García Onrubia

La aparición de piomiositis por *Mycobacterium abscessus* es una entidad compleja y excepcional.

Varón de 56 años que acude a Urgencias por molestias e inflamación en su ojo izquierdo (OI) tras viajar a Sudamérica.

Como antecedentes destaca un desprendimiento de retina (DR) bilateral tratado con cerclaje escleral e implante de lente intraocular de anclaje iridiano en OI. La agudeza visual era de movimiento de manos en el ojo derecho (OD) y de 0,4 en el OI.

La biomicroscopía en OI mostró escleritis nasal y superior con dos áreas de exposición del cerclaje. La córnea era transparente con precipitados retroqueráticos estrellados blanquecinos pancorneales y células de 1+. No se observó vitritis ni retinitis en el segmento posterior. OD en ptosis bulbi.

Se tomaron muestras conjuntivales para cultivo bacteriano y PCR viral mostrando resultados negativos. Tras realizar estudio de extensión y descartar enfermedades infecciosas, sistémicas y/o inmunomediadas, se inició tratamiento con terapia antibiótica, antiviral y antiinflamatoria.

Durante el explante del cerclaje escleral se observaron múltiples abscesos intramusculares en los músculos recto medial e inferior, así como restos de implante de silicona antiguos. Las muestras fueron analizadas con resultados negativos para patología infecciosa.

Fue sometido a una segunda intervención para explante de restos de cerclaje y recubrimiento con tutopatch debido a un adelgazamiento escleral severo. En la muestra obtenida, se obtuvo un resultado positivo para *Mycobacterium abscessus*, por lo que ingresó para tratamiento antibiótico intravenoso, subconjuntival y tópico intensivo, presentando una favorable evolución.

Este caso resalta la importancia de considerar la piomiositis aguda como posible entidad asociada a la extrusión de un cerclaje, siendo el *Mycobacterium abscessus* un germen infrecuente en esta patología. Un abordaje quirúrgico, junto con terapia antibiótica son clave para preservar la integridad y la función ocular.

CC72

MANEJO OFTALMOLÓGICO EN EL SÍNDROME DE KID: EXPERIENCIA CLÍNICA A LARGO PLAZO

Rebeca Estévez Domínguez, Lourdes Salido Díaz

Introducción: El síndrome de queratitis-ictiosis-sordera (KID) es una enfermedad genética poco frecuente causada por mutaciones en el gen GJB2, que afecta a la proteína conexina 26. Se caracteriza por la triada de lesiones dérmicas hiperqueratósicas, sordera neurosensorial bilateral y queratitis crónica. La afectación ocular supone uno de los principales desafíos terapéuticos. Describimos dos casos clínicos de dos hermanos diagnosticados de síndrome de KID en seguimiento en nuestro departamento durante más de quince años.

Caso Clínico 1: Varón de 41 años diagnosticado de síndrome KID con historia de múltiples queratoplastias penetrantes, infecciones oculares graves, episodios recurrentes de rechazo e inflamación intraocular que, a pesar de tratamientos agresivos, desarrolló perforaciones en ambos ojos. Debido a ello, se decide implantar una queratoprótesis de Boston tipo II. Desde entonces, se encuentra estable con tratamiento profiláctico con colirios antibióticos e inmunosupresión con Adalimumab.

Caso Clínico 2: Varón de 30 años, hermano del caso clínico 1, diagnosticado también de síndrome de KID. Presenta sordera neurosensorial, ictiosis y afectación grave de la superficie ocular. Debido a esto último, han sido necesarias numerosas queratoplastias. Durante su seguimiento, se han producido numerosos rechazos, muchos de los cuales han sido revertidos con tratamiento médico. Actualmente se encuentra estable con colirios de suero autólogo y de insulina y tratamiento inmunosupresor con Tacrolimus tópico al 0,03%.

Conclusión: El síndrome de KID presenta una evolución oftalmológica compleja y variable. Su escasa prevalencia limita la estandarización terapéutica siendo imprescindible un enfoque individualizado y multidisciplinar. Este estudio aporta uno de los seguimientos más prolongados y subraya la necesidad de estudios multicéntricos para optimizar el manejo de estos pacientes.

CC73

DEGENERACIÓN CORNEAL NODULAR DE SALZMANN Y CIRUGÍA DE CATARATA

María Fraga de la Viesca, Dayana Rosales Durán

Introducción: La degeneración corneal nodular de Salzmann es una patología poco frecuente, bilateral, y no inflamatoria. Su causa suele ser idiopática; y se presenta como una elevación blanquecina de tejido fibrocelular a nivel subepitelial. Esta patología podría inducir cambios queratométrico-refractivos que pueden afectar negativamente a los cálculos de la potencia de la lente si no se retiran antes de la cirugía de catarata.

Existen diferentes opciones terapéuticas descritas en la literatura, como la queratectomía superficial manual y/o fototerapéutica (PTK) con o sin mitomicina C (MMC), alcohol o membrana amniótica; pero hay pocos casos publicados que demuestren la eficacia del tratamiento combinado que incluya la queratectomía superficial manual con MMC, y asociada PTK.

Caso clínico: Mujer de 70 años que presenta catarata en ambos ojos con una AVCC de 0,9 en OD, y 0,5 en OI. A la exploración en lámpara de hendidura, se observan unos nódulos fibrosos corneales periféricos compatibles con nódulos de Salzmann, más significativos en OI; y en la AS-OCT se comprueba la presencia de depósitos subepiteliales hiperreflectantes sobre la membrana de Bowman. En este momento, tras el cálculo biométrico se obtiene una potencia de lente estimada de +23D.

Antes de la cirugía de catarata, se decide realizar una queratectomía superficial manual más MMC y PTK. Tres meses después, se observa un aumento de la K plana en 5 D, y una disminución en el cálculo de la potencia de la lente de 3,5 D. Un año después, lograda la estabilidad refractiva, se decide realizar la cirugía de catarata con implante de lente intraocular EDoF (Partial Range of Field Extend).

Conclusiones: Los nódulos de Salzmann deben retirarse antes de la cirugía de la catarata ya que inducen cambios queratométrico-refractivos que pueden afectar negativamente a los cálculos de la potencia de la lente. Además, el tratamiento corneal combinado reduce el riesgo de recidiva y aporta estabilidad refractiva.

CC74

TRALOKINUMAB Y PERFORACIÓN CORNEAL: PRIMERA EVIDENCIA DE UN POSIBLE EFECTO ADVERSO SEVERO

Javier García Bardera, Mireia García Bermúdez

Introducción: Tralokinumab es un anticuerpo monoclonal anti-IL-13 utilizado para la dermatitis atópica moderada-grave. Aunque existen efectos adversos oculares descritos, como conjuntivitis o queratitis epitelial, estos suelen ser leves y no se han reportado casos previos de perforación corneal.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 66 años, en tratamiento con tralokinumab desde hacía 18 meses por dermatitis atópica sin afectación periocular, que acudió a urgencias por pérdida de visión indolora en el ojo derecho. La agudeza visual era de «movimiento de manos» y se evidenció una perforación corneal periférica inferotemporal de 10 mm, autoocluida por prolapso del iris [FIGURA]. No presentaba signos de inflamación en el ojo contralateral ni antecedentes de cirugía ocular, traumatismo, enfermedades autoinmunes o infecciones recientes. Se realizó cirugía urgente con sutura corneal simple (11 puntos) y trasplante de membrana amniótica, sin necesidad de injerto tectónico [FIGURA]. El tratamiento incluyó corticoides orales, antibióticos, insulina tópica y suplementos. El estudio etiológico fue negativo para causas infecciosas y autoinmunes. Tralokinumab se suspendió en coordinación con dermatología. La evolución fue favorable, con cierre completo de la perforación, normalización del segmento anterior y mejoría visual a 0,1 logMAR al tercer mes [FIGURA].

Conclusión: Este es el primer caso documentado de perforación corneal probablemente asociada al uso de tralokinumab. Aunque se considera un tratamiento seguro, este caso alerta sobre la posibilidad de eventos adversos graves y poco frecuentes. La evaluación oftalmológica periódica y el abordaje multidisciplinar son esenciales en pacientes bajo terapia biológica.

CC75

¿OBSOLETA? LA QUERATOPLASTIA PENETRANTE SIGUE VIVA Y ESENCIAL

Ana M. García Manrique, Nerea Sáenz Madrazo

Introducción: La queratoplastia penetrante (QPP) ha sido progresivamente desplazada por técnicas lamelares en el tratamiento de enfermedades corneales. Sin embargo, en algunos escenarios clínicos, la QPP continúa siendo no solo útil, sino insustituible. Presentamos 3 casos de un hospital terciario, donde la QPP fue la mejor, y en algunos casos, la única opción terapéutica viable.

Casos clínicos: Se presentan tres pacientes ancianos, con múltiples comorbilidades sistémicas, riesgo ASA elevado y en dos de ellos, ojo único funcional. Dadas las condiciones clínicas y la urgencia terapéutica, se descartaron procedimientos lamelares por inviabilidad anatómica y/o técnica. El seguimiento postoperatorio mostró buena integración del injerto, control del dolor y conservación del globo ocular.

Paciente de 89 años acude por úlcera corneal sobre botón corneal descompensado. Ante fracaso de trasplante de membrana amniótica, se realiza re-QPP ojo derecho por descemetocele.

Paciente de 76 años en diálisis. Ojo izquierdo (OI) único. Antecedentes de glaucoma y desprendimiento de retina intervenido con silicona. Acude por perforación ocular OI. Inicialmente se realiza colgajo conjuntival de Gundersen, con QPP posterior.

Paciente de 82 años, OI ojo único, pseudofáquica, miope magna con glaucoma pigmentario, intervenida de QPP OI por perforación ocular.

Se han recopilado imágenes en lámpara de hendidura, tomografía de coherencia óptica de segmento anterior, ecografía y videos de los procedimientos quirúrgicos.

Conclusiones: La QPP sigue siendo una herramienta quirúrgica esencial, especialmente en contextos complejos urgentes. Si bien las técnicas lamelares han demostrado múltiples beneficios, no cubren todos los escenarios clínicos. La formación y entrenamiento en QPP deben mantenerse como parte fundamental de la práctica oftalmológica, para asegurar una respuesta adecuada en casos donde otras opciones no son factibles. La QPP no está en declive: está vigente, en su justa indicación.

CC76

MANEJO QUIRÚRGICO ESCALONADO DE PERFORACIONES CORNEALES: SERIE DE CASOS CON INJERTO DE MEMBRANA AMNIÓTICA Y QUERATOPLASTIA LAMELAR TECTÓNICA PREVIA A LA QUERATOPLASTIA PENETRANTE

Clara Pons Talaya, Andrea Pastor Asensio

Caso 1: Varón de 59 años que acudió a la consulta de córnea con una perforación corneal en el ojo izquierdo secundaria a un traumatismo por cuerpo extraño. El manejo inicial incluyó injerto de membrana amniótica y reformación de la cámara anterior. No obstante, la atalamia persistente y la dehiscencia de suturas llevaron a realizar una queratoplastia lamelar tectónica urgente, que logró restaurar con éxito la estructura ocular. Tres meses después, se realizó una queratoplastia penetrante convencional con extracción de catarata e implante de lente intraocular, obteniéndose una rehabilitación visual parcial.

Caso 2: Varón de 73 años con pseudofaquia, glaucoma y en tratamiento inmunoterápico por melanoma cutáneo, que se presentó en el servicio de urgencias con una perforación corneal e incarceration del iris en el ojo derecho, secundaria a una queratitis ulcerativa periférica (PUK) bilateral. Se realizó un injerto de membrana amniótica con recolocación del iris, pero una prueba de Seidel positiva una semana después de la cirugía obligó a una queratoplastia lamelar tectónica urgente, que restauró la integridad de la cámara anterior. Una semana más tarde, el paciente desarrolló una queratitis herpética que respondió al tratamiento tópico y sistémico. Actualmente, el paciente se encuentra estable con ajustes terapéuticos en curso.

Conclusión: Un enfoque quirúrgico secuencial que combine injerto de membrana amniótica, queratoplastia lamelar tectónica y un manejo postoperatorio individualizado puede ser eficaz para tratar perforaciones corneales complejas. Un seguimiento estrecho y una estrategia terapéutica adaptable son esenciales para preservar la integridad ocular y optimizar los resultados visuales, especialmente en pacientes con patologías preexistentes o en tratamiento inmunosupresor.

CC77

EL TRASPLANTE DE CÓRNEA DESCOMET STRIPPING WITH AUTOMATED ENDOTHELIAL KERATOPLASTY (DSAEK) EN LA CIRUGÍA LAMELAR ACTUAL

Guillermo Rodríguez Iranzo, Ester Fernández López

Introducción: La Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty (DMEK) se ha ido imponiendo como técnica más empleada de trasplante endotelial, debido a la rápida recuperación y calidad visual que ofrece. Sin embargo, hay situaciones en las que la DSAEK puede ofrecer ciertas ventajas: mala visualización de la cámara anterior, vitrectomía previa, afaquia, ausencia de soporte iridiano o la presencia de dispositivos de drenaje.

Casos clínicos:

- Mujer de 87 años con queratopatía bullosa en su ojo izquierdo (OI) que dificulta la visualización de cámara anterior, tras cirugía de catarata y trabeculectomía. La agudeza visual con corrección (AVcc) mejoró de cuenta dedos (cd) a medio metro a 0,5 al año de la DSAEK.
- Varón de 35 años con glaucoma congénito en OI intervenido hace un año mediante válvula de Ahmed, requiriendo posteriormente drenaje de una hemorragia supracoroida y vitrectomía con silicona por un desprendimiento de retina traccional. Su AVcc era de cd a 30 cm que mejoró a 0,1 al año del trasplante DSAEK.
- Mujer de 56 años con síndrome de Axenfeld-Rieger y descompensación corneal en OI, intervenida de catarata e implante valvular de Ahmed en su OI hace 8 años. Tras el trasplante DSAEK, su AVcc mejoró de movimiento de manos a 0,2 a los 4 meses de la cirugía.
- Mujer de 78 años con queratopatía bullosa en OI tras cirugía de catarata complicada con rotura capsular, vitrectomía anterior e implante de lente intraocular en sulcus. Tras la realización de la DSAEK, la AVcc pasó de cd a 25 cm a 0,6 al año de la cirugía.
- Mujer de 81 años con descompensación corneal tras cirugía de catarata en OI y una AVcc de 0,2. Tras una DMEK complicada con desprendimiento del injerto y síndrome de Urrets-Zavalía asociado, se realizó una DSAEK con una AVcc final de 0,6.

Conclusiones: La DSAEK se mantiene como trasplante de elección en muchos escenarios de queratoplastia endotelial complejos que asocian diferentes condiciones comórbidas.

CC78

BENRALIZUMAB: NUEVA ARMA TERAPÉUTICA PARA LA QUERATOCONJUNTIVITIS VERNAL REFRACTARIA

Diana Santander García, María Hinojosa González

Introducción: La queratoconjuntivitis vernal (QCV) es una patología alérgica crónica y progresiva. La afectación oftalmológica se produce por mecanismos multifactoriales y aunque generalmente es una patología de buen pronóstico, la larga evolución o la pobre respuesta a tratamiento pueden causar gran impacto sobre la calidad de vida y la visión de los pacientes.

En los últimos años, los fármacos biológicos han supuesto una nueva opción terapéutica para las QCV refractarias.

Caso Clínico: Varón de 13 años con diagnóstico de queratoconjuntivitis vernal de 5 años de evolución.

El paciente presentaba papilas gigantes en conjuntivas tarsales con periodos de exacerbación que asociaban queratitis con gran afectación de la agudeza visual a pesar de tratamiento con inmunomoduladores tópicos, con gran dependencia de corticoides para su control y con una afectación marcada de la calidad de vida.

Dada la falta de control con los tratamientos habituales se decidió realizar un estudio conjunto con el servicio de Alergia que reveló una eosinofilia con IgE normal. Por ello, se inició tratamiento sistémico con el fármaco biológico benralizumab, un inmunomodulador aprobado en asma severa, que bloquea el receptor de la Interleucina 5 presente en los eosinófilos y basófilos y provoca la apoptosis de estos, disminuyendo la eosinofilia periférica. En marzo de 2025 se inicia el tratamiento. Tras 2 ciclos y, a pesar de no haber completado aún el tratamiento, se evidenció una marcada reducción de la reacción papilar y una mejora sintomática y en la calidad de vida importante sin la aparición de efectos adversos.

Conclusión: El desarrollo reciente de nuevos fármacos biológicos inmunomoduladores amplía las posibilidades de tratamiento en las QCV refractarias. El estudio conjunto con Alergología para determinar el endotipo de la QCV permite perfilar el inmunomodulador más adecuado para el control de la QCV refractaria al tratamiento habitual.

CC79

AFECTACIÓN OFTALMOLÓGICA POR LA VIRUELA DEL MONO EN EL BROTE EUROPEO: UNA SERIE DE CASOS

María Terrón Vilalta, Bárbara Burgos Blasco

Introducción: La viruela del mono (MPOX) es una enfermedad zoonótica emergente causada por el virus de la viruela del mono. Además de la clínica sistémica y cutánea, se ha identificado que también puede causar una variedad de manifestaciones oftalmológicas.

Casos clínicos: Se presenta una serie de cuatro casos de MPOX del brote europeo con afectación oftalmológica (una conjuntivitis, una queratouveítis y dos queratoconjuntivitis). Todos presentaron clínica sistémica inicialmente, asociada a la afectación oftalmológica. La afectación conjuntival estaba presente en todos los casos en forma de quemosis, exudados o defectos conjuntivales. La mayoría asociaron lesiones umbilicadas en el borde palpebral, y uno de ellos también a nivel conjuntival. La afectación corneal se manifestó en forma de defectos epiteliales pseudodendritiformes de extensión variable, requiriendo uno de ellos hasta dos trasplantes con membrana amniótica. Uno de los pacientes asoció también inflamación intraocular. La hospitalización fue necesaria en uno de los casos, aunque el tratamiento precoz con tecovirimat 600 mg cada 12 horas, tuvo una evolución satisfactoria incluso en ausencia de clínica sistémica en todos ellos. La clorhexidina tópica al 0,2% en los casos más graves mostró también una buena evolución.

Conclusión: Cada vez existe más evidencia sobre las distintas manifestaciones oftalmológicas en función de la región geográfica. Todavía se están descubriendo nuevos medios de transmisión de la enfermedad como puede ser la conjuntival o la nosocomial, y conllevar estas características clínicas diferenciales.

CC80

TUMORES MALIGNOS CONJUNTIVALES: NO SIEMPRE SON LO QUE PARECEN. A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS

Andrés Valencia Megías, Beatriz Jiménez Del Rio

Introducción: Los tumores malignos conjuntivales representan un desafío clínico por su baja frecuencia, amplia variabilidad morfológica. Su aspecto clínico puede ser engañoso, lo que puede retrasar su diagnóstico y tratamiento. El melanoma y el carcinoma escamoso conjuntivales pueden parecer clínicamente similares, por lo que su diagnóstico requiere confirmación histopatológica. Se presentan dos casos clínicos donde se muestra la dificultad diagnóstica, ilustrando la necesidad de un abordaje integral y cauteloso.

Caso clínico 1: Varón de 45 años que consultó por una masa conjuntival nasal superior. Clínicamente, se observó una lesión pigmentada y de aspecto gelatinosa con invasión corneal mínima, sospechosa de neoplasia escamosa de superficie ocular (OSSN) o CIN. Fue tratado inicialmente con interferón alfa-2b y 5-fluorouracilo sin respuesta. Se realizó exéresis completa con técnica «non-touch» y recubrimiento con membrana amniótica. El análisis histopatológico confirmó melanoma conjuntival BRAF negativo. El estudio de extensión mediante PET-TAC fue negativo y se indicó braquiterapia adyuvante. El paciente permanece libre de enfermedad.

Caso clínico 2: Varón de 54 años con tumoración conjuntival de aspecto clínico sospechoso de lesión maligna, sin respuesta a interferón alfa-2b tópico. Se instauró tratamiento con 5-fluorouracilo y, ante la falta de mejoría, se practicó la exéresis quirúrgica. El estudio anatomopatológico descartó melanoma, revelando un carcinoma escamoso infiltrante con invasión del párpado inferior. Se realizó tratamiento radioterápico complementario y no se hallaron signos de diseminación sistémica.

Conclusiones: Estos casos reflejan la dificultad de establecer un diagnóstico certero únicamente mediante la clínica, dada la similitud morfológica entre diferentes tipos de tumores conjuntivales. Por ello, la confirmación anatomopatológica es indispensable para evitar errores diagnósticos y orientar un tratamiento eficaz.

CC81

USO DEL PARCHES ESCLERAL EN DOS CONTEXTOS QUIRÚRGICOS COMPLEJOS: ENTRE LA SOLUCIÓN Y EL RETO PERSISTENTE

Juan P. Valverde Aldana, Luis M.^a Carles Cerban

Introducción: Se presentan dos casos clínicos que ilustran desafíos en el manejo quirúrgico del polo anterior: el primero, un paciente con Seidel persistente tras explante de lente intraocular (LIO) por síndrome de uveítis-glaucoma-hipema (UGH); el segundo, una perforación corneal espontánea con encarceración iridiana. Ambos casos requirieron un enfoque quirúrgico para preservar la integridad ocular y la función visual.

Casos clínicos:

Caso 1: Varón de 59 años, con el ojo izquierdo (OI) como único funcional tras pérdida visual del contralateral, diagnosticado de UGH por LIO en sulcus. Tras el explante, presentó Seidel persistente en la incisión principal. Fue tratado con sutura de nylon 10-0, injertos de membrana amniótica, colgajos conjuntivales e injerto escleral con cauterización vascular. Por antecedentes cardiológicos con síncope, todas las cirugías se realizaron bajo anestesia general. Mantiene buena cámara anterior y está pendiente de resutura del injerto.

Caso 2: Varón de 65 años con perforación corneal espontánea en OI, de 3×4 mm, con encarceración del iris. Inicialmente tratado con membrana amniótica multicapa, requirió después parche escleral con colgajo conjuntival. La evolución fue favorable, con cámara anterior estable e injerto integrado.

Conclusión: Estos casos reflejan la importancia de un enfoque quirúrgico escalonado en el manejo del polo anterior. En defectos de más de 1,5-3 mm, técnicas como membrana amniótica o pegamentos biológicos pueden ser insuficientes, siendo necesario soporte tectónico como son los parches esclerales o los corneales. Ambos pacientes alcanzaron agudezas visuales funcionales, lo que refuerza la eficacia del abordaje quirúrgico escalonado incluso en casos clínicos complejos.

CC82

QUERATITIS FÚNGICA POR DIDYMELLA GLOMERATA EN PORTADORA DE LENTES DE CONTACTO: RESOLUCIÓN EXITOSA TRAS TRATAMIENTO DIRIGIDO

Álvaro Villazan Cervantes, Beatriz Mataix Albert

Mujer de 47 años, usuaria de lentes de contacto, derivada desde consulta privada por absceso corneal en ojo izquierdo de evolución tórpida y cultivos repetidamente negativos.

Exploración inicial:

- AVcc: OD 0,5 E 0,63; OI: movimiento de manos E nm.

BMC:

- OI: inyección ciliar ++, absceso corneal central de 2x1 mm, fluoresceína +, sin Tyndall ni hipopion. Presión intraocular normal, sin lesiones adicionales en cámara anterior o vítreo.

- Se realizó raspado corneal para cultivo:

- Cultivo bacteriano: Cutibacterium acnes (en espera de antibiograma).

- Cultivo de Acanthamoeba spp.: negativo.

- Cultivo fúngico: crecimiento de hongo filamentoso no identificable por métodos habituales, remitido a laboratorio de referencia para identificación molecular y pruebas de sensibilidad antifúngica.

- OCT corneal: mostró una hiperdensidad en capas superficiales sin adelgazamiento evidente.

Se instauró tratamiento intensivo con:

- Natamicina colirio 1 gota cada 1h (por la noche c/2h), Voriconazol colirio 1 gota cada 1h, Iodim® (iodopovidona) cada 6h, Ciprofloxacino colirio cada 6h.

Identificación definitiva del patógeno.

- El hongo aislado fue identificado como Didymella glomerata, una especie filamentosa rara en patología ocular. Se realizó estudio de concentraciones mínimas inhibitorias (CMI) con los siguientes resultados:

Antifúngico	CMI (µg/mL)
Anfotericina B	0,125
Voriconazol	0,25
Posaconazol	0,125
Isavuconazol	1
Caspofungina	0,125
Anidulafungina	0,03
Micafungina	0,03
Itraconazol	0,5
Terbinafina	0,25

A pesar de una ligera mejoría inicial, se optimizó el tratamiento de forma dirigida según el perfil de sensibilidad:

- Clorhexidina colirio c/12 h.

- Voriconazol colirio c/8h.

- Anfotericina B colirio c/6 h.

Evolucionando favorablemente en el transcurso de 3 meses desde el inicio con exploración actual de AV OI. 0,6 BMC: No hiperemia. Mínima fibrosis estromal central con mínima fibrosis estromal central con resto de córnea transparente.

CC83

ADALIMUMAB COMO TRATAMIENTO PARA LA COROIDITIS SERPIGINOSA-LIKE TRAS INFECCION POR COVID-19

Felipe J. Barroso Pérez, Paula Bañeros Rojas

Introducción: La coroiditis serpiginosa es una uveítis posterior asimétrica, poco frecuente, observada en adultos de mediana edad. La etiología suele ser autoinmune, pero a menudo están implicadas causas infecciosas como la tuberculosis y menos habitual el virus SARS-CoV-2.

Caso Clínico: Varón de 52 años que acude por alteración del campo visual del ojo izquierdo (OI) de meses de evolución, asociado a artralgias distales, dolor en región cervical y astenia. Como antecedentes, es portador de la mutación factor V de Leiden, neumonía bilateral reciente por COVID-19, con secuela de microtrombosis sistémica y es buzo profesional. La agudeza visual y la biomicroscopia anterior eran normales. En la funduscopia se observan lesiones anaranjadas y cambios pigmentarios peripapilares en OI. En la autofluorescencia lesiones hipoautofluorescentes con bordes hiperautofluorescentes, que se confirma en la angiografía fluoresceínica como coroiditis de patrón serpiginoso. La campimetría muestra un escotoma arciforme nasal inferior y las pruebas electrofisiológicas son normales. Se solicita perfil inmunológico y serologías descartando causas infecciosas. Dada la sospecha de coroiditis serpiginosa de causa autoinmune asociado a síndrome de COVID persistente, se decide inicio de tratamiento con prednisona 1 mg/kg/día y ciclosporina 5 mg/kg/día (200 mg/12h) sin mejoría. Tras observar una disminución de la AV a 0,8 en OI, aumento del escotoma arciforme inferior y no mejoría de la clínica articular se plantea tratamiento biológico con antiTNF como Adalimumab, con inducción de 80 mg subcutáneo seguido de 40 mg quincenal. Tras dos años de tratamiento el paciente se mantiene estable a nivel ocular con AV 1 en ambos ojos.

Conclusión: Presentamos uno de los escasos casos descritos en la literatura sobre coroiditis serpiginosa-like tras una infección por COVID-19 y en tratamiento con Adalimumab. La terapia biológica debe considerarse en casos refractarios a los inmunosupresores convencionales.

CC84

NEURORRETINITIS POR BARTONELLA HENSELAE: DIAGNÓSTICO PRECOZ ANTES DE LA ESTRELLA MACULAR

Alicia Cárceles Montoya, Manuel V. Baeza Díaz

Introducción: La enfermedad por arañazo de gato es una patología producida por la bacteria *Bartonella henselae* (*B.henselae*) tras la mordedura o el arañazo del gato. La afectación extranodal más frecuente es la oftalmológica, y ocurre en el 5-10% de los casos en forma de neurorretinitis, con inflamación del nervio óptico y área peripapilar, con posible extensión a mácula, infiltrados retinianos, vitritis y estrella macular. La estrella macular es el hallazgo más característico de esta patología, sin embargo, existe la posibilidad de que no se presente hasta 1 o 2 semanas tras el inicio del edema de papila.

Caso clínico: Mujer de 32 años que consultó por cefalea, adenopatía látero-cervical derecha y disminución de agudeza visual en ojo derecho de 24 horas de evolución. A nivel oftalmológico presentó agudeza visual 20/63, edema de papila y hemorragia papilar, con extensión del edema hacia área paramacular en tomografía de coherencia óptica, sin estrella macular. Ante una neurorretinitis unilateral derecha de etiología no filiada, realizamos el ingreso para estudio. En las pruebas serológicas se observó un aumento de los títulos de IgG e IgM para *B.henselae*. Tras confirmarse el diagnóstico de neurorretinitis unilateral por *B.henselae* se inició tratamiento con Doxiciclina y Rifampicina y completamos el estudio oftalmológico con angiografía fluoresceínica. Una semana más tarde comenzó a visualizarse la estrella macular.

Conclusión: La enfermedad por arañazo de gato debe considerarse en el diagnóstico diferencial de la neurorretinitis, especialmente en pacientes con antecedentes de contacto con felinos. La estrella macular puede manifestarse de forma tardía, lo que resalta la importancia de un seguimiento adecuado. En nuestro caso, el diagnóstico se confirmó mediante serología, permitiendo un tratamiento precoz con evolución favorable. Este caso subraya la relevancia de la sospecha clínica y del reconocimiento temprano de las manifestaciones oftalmológicas.

CC85

PANUVÉITIS OCULAR SECUNDARIA A TUBERCULOSIS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LA ENFERMEDAD: UN CASO MULTIDISCIPLINARIO

Cristina Carmona Sánchez, Leila Dhiman García

Introducción: La tuberculosis es una infección granulomatosa crónica causada por *Mycobacterium tuberculosis*. Su afectación ocular se puede manifestar a modo de uveítis anterior y posterior. Dado su carácter infrecuente y potencialmente grave, es fundamental un enfoque diagnóstico multidisciplinario para asegurar un tratamiento adecuado.

Caso Clínico: Paciente varón de 17 años, natural de Guinea Ecuatorial, que acudió al Servicio de Urgencias con un cuadro de dolor de cabeza intenso, diarrea leve, dolor ocular y pérdida progresiva de visión en el ojo izquierdo. La agudeza visual en el ojo derecho era 20/20, y en el ojo izquierdo era 20/60. En la exploración ocular se evidenció queratitis punteada superficial, precipitados endoteliales blanquecinos, Tyndall intenso en la cámara anterior y vitritis moderada. En el fondo de ojo se observó un foco de coriorretinitis de un tamaño de 3-4 diámetros de papila, con vasculitis asociada y oclusión vascular distal.

Las pruebas complementarias revelaron serología positiva para *Toxoplasma IgG*, y las pruebas de Mantoux y Quantiferon resultaron positivas, confirmando la infección por *Mycobacterium tuberculosis*. Debido al diagnóstico de tuberculosis ocular, se modificó el tratamiento empírico inicial con sulfametoxazol/trimetoprima por un régimen antituberculoso con etambutol, isoniazida, pirazinamida y rifampicina. Durante el ingreso, se observó una notable mejoría clínica: disminución de la vitritis, reducción de la lesión inflamatoria retiniana y recuperación gradual de la agudeza visual, alcanzando 20/20 en el ojo derecho.

Conclusiones: Este caso subraya la necesidad de un diagnóstico diferencial riguroso en pacientes con panuveítis, ya que diversas enfermedades pueden ser responsables de estos síntomas. La tuberculosis ocular, aunque rara, debe ser considerada en áreas endémicas. La colaboración multidisciplinaria entre distintas especialidades resulta esencial para su diagnóstico temprano y tratamiento eficaz.

CC86

TOXICIDAD OCULAR SECUNDARIA A TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO CON DABRAFENIB – TRAMETINIB

Clara Fernández Sáez, Patricia Robles Amor

Introducción: Trametinib (inhibidor de MEK) y Dabrafenib (inhibidor de BRAF) son quimioterapéuticos dirigidos a la vía MAPK, indicados en neoplasias con mutación BRAF V600 demostrada mediante estudios moleculares, por lo que son ampliamente utilizados en melanoma y carcinoma pulmonar de células no pequeñas. Se han reportado diversos efectos secundarios a nivel oftalmológico, entre los que destacan la oclusión de vena retiniana y los cuadros inflamatorios de uveítis granulomatosa asociada a desprendimiento seroso de retina.

Caso clínico: Se presenta el debut y la evolución de un paciente de 54 años de edad con colangiocarcinoma hepático. El abordaje inicial combinó excisión quirúrgica y quimioterapia adyuvante. Ante la dudosa progresión radiológica, se modificó el esquema inmunoterápico, iniciando dabrafenib-trametinib. En el control oftalmológico de los 6 meses, la AVMC era de 20/20, la PIO de 15 mmHg y la BMC anodina. El fondo de ojo reveló edema papila bilateral, sin clínica acompañante. Ante esta situación se suspendió la quimioterapia, se realizó una tomografía computarizada sin hallazgos relevantes y se mantuvo un seguimiento estricto del paciente. Tras 7 días, se detectó una uveítis anterior granulomatosa en ambos ojos, acompañándose de desprendimiento seroso retiniano que involucraba el haz papilomacular y la fovea de ambos ojos. La agudeza visual era de 10/20 y 5/20 en ojo derecho y ojo izquierdo, respectivamente. El tratamiento con corticoides tópicos y sistémicos logró la remisión del cuadro sin registrarse lesiones irreversibles.

Conclusión: Los inhibidores MEK/BRAF pueden causar toxicidad ocular retardada y significativa. Se recomienda control oftalmológico periódico durante y tras el tratamiento, y educar al paciente sobre signos de alarma visual. Ante reacciones inflamatorias oculares, suele ser necesario suspender la inmunoterapia, ya que la reexposición puede desencadenar recurrencias. El tratamiento con corticoides es eficaz en la mayoría de los casos.

CC87

OFTALMÍA SIMPÁTICA TRAS PERFORACIÓN OCULAR INDUCIDA POR FUSARIUM, MANEJADA EXITOSAMENTE CON ADALIMUMAB

Aitana Gil Domínguez, Sergi Morera Cerdan

Propósito: Se presenta un caso de oftalmía simpática (OS) posterior a una perforación ocular debido a un absceso corneal por Fusarium en un paciente que esperaba una evisceración. Este caso destaca el potencial para la preservación visual mediante una terapia inmunosupresora oportuna, específicamente adalimumab, en el manejo de la OS.

Métodos: Se trata de un paciente de 54 años que desarrolló un absceso corneal por Fusarium, el cual provocó una perforación ocular y posterior ptisis bulbi. Mientras esperaba la evisceración, desarrolló una OS en su ojo funcional restante, presentando una panuveítis hipertensiva y desprendimientos exudativos de retina y coroides, bajando de una agudeza inicial de 20/20 a 20/40. Se iniciaron corticoides orales a altas dosis, seguidos de adalimumab subcutáneo como agente ahorrador de corticosteroides.

Resultados: Con la pronta iniciación de inmunosupresión sistémica, el paciente mostró una mejora significativa tanto de la propia exploración ocular como de la función visual. La inflamación disminuyó, el edema retiniano se resolvió y la agudeza visual se mantiene actualmente estable en 20/20. Adalimumab está por lo tanto permitiendo el control de la enfermedad mientras minimiza los efectos adversos sistémicos conocidos de los corticosteroides.

Conclusión: Este caso demuestra que una terapia inmunosupresora temprana y agresiva puede llevar a resultados visuales no devastadores en la OS. Adalimumab es útil para proporcionar un control efectivo de la inflamación ocular, permitiendo que el paciente conserve visión funcional. Todo esto resalta la importancia de un diagnóstico temprano y consiguientes estrategias inmunosupresoras de pronto inicio en el manejo de la OS.

CC88

EFFECTOS SECUNDARIOS OCULARES DE LOS INHIBIDORES DE LOS PUNTOS DE CONTROL INMUNITARIOS: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Ángela Gómez Moreno, Tatiana de Juan Cerdá

Introducción: Los inhibidores del punto de control inmunitario (ICIs) son una clase de medicamentos inmunoterapéuticos utilizados en el tratamiento de una gran variedad de neoplasias malignas sólidas y hematológicas. Los ICIs actúan inhibiendo la capacidad de un tumor para aprovechar los puntos de control inmunitarios y eludir el sistema inmunitario del huésped. Los puntos de control inmunitarios son reguladores negativos de la inmunidad que, en circunstancias normales, median la autotolerancia y protegen los tejidos del huésped de los ataques autoinmunitarios. De ello se deduce que el bloqueo de estas moléculas y vías podría provocar efectos adversos oftálmicos.

Casos clínicos: Presentamos tres casos clínicos, el primero es el caso de una mujer de 60 años que como antecedentes personales destaca una evisceración de su ojo izquierdo hace dos años por melanoma coroideo. Empezó un tratamiento sistémico con la combinación ipilimumab y nivolumab por imágenes compatibles con metástasis en las pruebas de imagen y cuando acude a consulta presenta una exploración compatible con uveítis anterior aguda.

El segundo caso, es una mujer de 51 años, con diagnóstico de esclerosis múltiple en tratamiento con alemtuzumab, que desarrolló múltiples desprendimientos de retina exudativos en ambos ojos, compatibles con un síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada-like.

El tercer caso, es una mujer de 49 años, con antecedente de cáncer renal en tratamiento con nivolumab que, al igual que el caso anterior, debutó con un síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada-like en ambos ojos.

Conclusión: Los ICIs han transformado la oncología al mejorar las tasas de supervivencia de varios tipos de cáncer, pero también conllevan el riesgo de efectos adversos relacionados con el sistema inmunitario, incluidos los que afectan al ojo, que pueden provocar un deterioro significativo de la visión y una disminución de la calidad de vida si no se detectan y tratan con prontitud.

CC89

COROIDITIS BILATERAL ASOCIADA A TATUAJES: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

Clara La iglesia Rustarazo, Elisa Funes Pérez

Introducción: La inflamación ocular secundaria a tatuajes es una entidad poco frecuente, pero documentada, que plantea un desafío diagnóstico y terapéutico. Se ha propuesto una reacción de hipersensibilidad mediada por mecanismos inmunológicos como posible causa de uveítis posterior en pacientes tatuados, especialmente cuando se usan pigmentos de composición desconocida. En algunos casos, puede manifestarse como coroiditis bilateral. Presentamos dos casos de pacientes previamente sanos, con tatuajes, en los que se descartaron causas infecciosas y autoinmunes y cuya evolución fue favorable con tratamiento inmunosupresor.

Caso clínico:

Caso 1: Paciente con uveítis anterior bilateral recurrente desde hacía 5 años. Presentaba snowballs en AO y un infiltrado coroideo en OI. Analítica normal, quantiferon negativo y serologías positivas para CMV, VHS, VVZ y Toxoplasma (IgG). La AGF mostró leve vasculitis en OD y la AVI hipocianescencias en AO compatibles con granulomas. Se inició metotrexato, con respuesta parcial, y se añadió Adalimumab, consiguiéndose el control clínico.

Caso 2: Paciente con dos brotes de uveítis anterior bilateral en 2023. Refería inflamación ocasional en un tatuaje. Analítica con PCR 0,73, ECA 74,9, serologías negativas salvo VVZ. AGF normal, pero AVI con múltiples hipocianescencias en AO. TAC torácico mostró adenopatía axilar, con material antracótico en la biopsia. PET-TAC sin captación mediastínica. OCT con leve edema papilar. Se inició metilprednisolona y metotrexato. Ante persistencia de actividad inflamatoria, se añadió Adalimumab con buena evolución.

Conclusión: Estos casos apoyan la posible asociación entre tatuajes cutáneos y coroiditis bilateral inmunomediada. Aunque no puede establecerse una relación causal, los hallazgos clínicos y la exclusión de otras etiologías sugieren que los pigmentos podrían actuar como desencadenantes o perpetuadores de una respuesta inmunitaria ocular. Es fundamental considerarlo en uveítis posterior no filiada.

CC90

PANUVEITIS Y PARÁLISIS DEL VI PAR CRANEAL ¿DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL?

Lucía López Caballero, M.^a Isabel Gabarrón Hermosilla

Introducción: La uveítis intermedia se caracteriza por la inflamación primaria del vítreo, retina periférica y pars plana. Sus síntomas son miodesopsias y visión borrosa. Los signos característicos incluyen las «bolas de nieve» y edema macular. La inflamación del segmento anterior suele ser leve, pero en enfermedades sistémicas como esclerosis múltiple (EM) o sarcoidosis puede ser más intensa.

El diagnóstico diferencial entre sarcoidosis y EM es clave, ya que ambas enfermedades pueden presentar manifestaciones oculares y neurológicas similares, pero requieren tratamientos distintos.

Caso clínico: Mujer de 46 años con diplopía horizontal y visión borrosa de dos días de evolución. La exploración oftalmológica inicial muestra endotropía en todas las posiciones de la mirada, Tyndall ++ en cámara anterior y «bolas de nieve» en el vítreo del ojo izquierdo. Se diagnostica uveítis intermedia a estudio y se sospecha de parálisis del VI par craneal. Posteriormente se observan lesiones nodulares retinianas compatibles con sarcoidosis y panuveítis. La analítica revela elevación de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) y el TAC de tórax confirma adenopatías mediastínicas e hiliares, sugestivas de sarcoidosis. La RM cerebral no presenta lesiones desmielinizantes, descartando EM. El diagnóstico es de sarcoidosis con afectación uveal y ganglionar y se inicia tratamiento con prednisona 30 mg/día en pauta descendente, logrando resolución de la diplopía y mejoría de la inflamación ocular.

Conclusión: La sarcoidosis es un diagnóstico diferencial clave en pacientes con sospecha de EM, ya que ambas pueden cursar con uveítis intermedia y síntomas neurológicos. La sarcoidosis se asocia con adenopatías mediastínicas, elevación de ECA y afectación multiorgánica. El diagnóstico preciso requiere estudios complementarios como TAC de tórax, PET-TAC y RM cerebral. Aunque la biopsia es el método definitivo, en muchos casos el diagnóstico se basa en criterios clínicos y radiológicos.

CC91

**EPITELIOPATÍA PIGMENTARIA PLACOIDE POSTERIOR MULTIFOCAL AGUDA:
SERIE DE 4 CASOS CLÍNICOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Sandra Melgar Martín, Marisa Hernández Garfella

Introducción: La epitelopatía pigmentaria placoide posterior multifocal aguda (APMPPE) es una coriorretinopatía inflamatoria infrecuente, incluida dentro del espectro de las coriocapilaritis. Afecta principalmente a adultos jóvenes y cursa típicamente de forma autolimitada. Se caracteriza por la aparición de lesiones placoides blanquecinas a nivel del epitelio pigmentario de la retina (EPR). Su etiopatogenia no está completamente establecida, aunque se ha relacionado con mecanismos inmunomediados.

Casos Clínicos: Presentamos una serie de cuatro pacientes diagnosticados con APMPPE entre 2017 y 2024. Todos ellos, con edades entre 18 y 23 años, consultaron por disminución de agudeza visual y escotomas centrales. Se observaron lesiones hipopigmentadas en el polo posterior, con afectación bilateral. La tomografía de coherencia óptica evidenció disrupción de la banda de elipsoides y de la retina externa, con acumulación de material hiperreflectivo en el EPR y capas retinianas externas. La angiografía fluoresceínica mostró hipofluorescencia en fases precoces e hiperfluorescencia en fases tardías. La angiografía con verde de indocianina reveló hipofluorescencia en todas las fases, indicativa de hipoperfusión coriocapilar. Un paciente presentó vasculitis cerebral asociada diagnosticada mediante resonancia magnética cerebral y fue tratado con pulsos de corticoides intravenosos. Los otros tres recibieron tratamiento con corticoides sistémicos. Todos los pacientes evolucionaron favorablemente, con recuperación completa de la agudeza visual y sin recurrencias durante el seguimiento.

Conclusión: La APMPPE debe sospecharse en jóvenes con pérdida visual aguda y lesiones placoides en el polo posterior. La imagen multimodal es esencial para su diagnóstico y seguimiento. Aunque suele tener un curso benigno, algunos casos requieren tratamiento inmunomodulador. La resonancia magnética cerebral es crucial para descartar afectación neurológica asociada.

CC92

SERIE DE CASOS DE SÍFILIS OCULAR: RETO DIAGNÓSTICO, «LA GRAN SIMULADORA»

Paloma Núñez Golpe

Introducción: La sífilis es una enfermedad infecciosa causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. La afectación ocular puede darse en cualquier etapa de la enfermedad con presentaciones clínicas variadas, por lo que también se la conoce como la gran simuladora. A continuación, presentaremos 6 casos clínicos diagnosticados en los últimos 3 años, sus manifestaciones clínicas, tratamiento y seguimiento mediante técnicas de imagen multimodal.

Casos clínicos: De los 6 casos notificados, 4 eran varones y 2 mujeres. La edad de presentación media fue de 52,1 años con un rango de 25 a 78 años. El motivo de consulta más frecuente fue la disminución indolora de agudeza visual. Las manifestaciones oculares fueron: coriorretinitis (3), panuveítis (2), neuritis óptica (1). Solo uno de ellos presentó coinfección con VIH. La detección de anticuerpos totales por EIA resultó positiva en el 100% y se empleó como marcador para seguimiento y monitorización de eficacia terapéutica los valores de RPR. El estudio del líquido cefalorraquídeo mostró VDRL positivo en 1 caso y leucocitosis y proteinorraquia en 2. Todos los pacientes fueron tratados con penicilina G sódica 18 a 24 millones de unidades diarias de forma intravenosa durante 14 días. Al finalizar el tratamiento la agudeza visual promedio fue de 0,94 con un rango de 0,7 a 1,0. Solo uno de ellos presentó una reactivación a los cinco meses del primer brote.

Conclusiones: Ante el aumento de la incidencia de sífilis en los últimos años, se debe sospechar ante cualquier manifestación ocular siendo la más frecuente la panuveítis. El diagnóstico y tratamiento precoz son clave para un buen pronóstico visual y para la reducción de complicaciones asociadas.

CC93

TÉCNICA COMBINADA DE YAMANE CON IMPLANTE PRESERFLO EN EL TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES TRAS ENDOFTALMITIS CRÓNICA POR OCHROBACTRUM ANTHROPI

Leire Peña Aizpuru, Eduardo Pastenes Zhilin

Introducción: La endoftalmitis crónica es una complicación infrecuente tras cirugía de catarata. *Ochrobactrum anthropi*, bacilo gramnegativo, representa una causa excepcional, apenas descrita en la literatura.

Caso clínico: Mujer de 76 años intervenida de catarata complicada con rotura de cápsula posterior y caída de material cristalino a cavidad vítrea, manejada con colocación de lente intraocular (LIO) en sulcus y vitrectomía posterior para retirada del material.

Tras una evolución inicial favorable, a los 3 meses presenta uveítis anterior tórpida que progresa a panuveítis e hipertensión ocular (HTO). Ante la sospecha de endoftalmitis tardía, se toman muestras de humor acuoso y vítreo y se inicia tratamiento empírico.

Ante la falta de respuesta clínica y la reiterada negatividad de cultivos y PCR, se decide explante del complejo saco-LIO, lográndose aislar *Ochrobactrum anthropi* sensible a quinolonas. Con tratamiento dirigido presenta buena evolución y se confirma erradicación microbiológica mediante PCR negativa para RNA 16S.

No obstante, persiste una HTO refractaria, lo que motiva una cirugía combinada en un único tiempo: implante secundario de LIO mediante técnica de Yamane asociada a Preserflo.

La evolución es favorable, con control tensional, agudeza visual de 0,6 y sin signos inflamatorios tras seis meses.

Conclusiones: La endoftalmitis tardía debe sospecharse ante inflamación crónica, refractaria y de evolución larvada, considerando patógenos excepcionales como *Ochrobactrum anthropi*.

La negatividad microbiológica no excluye causa infecciosa, ya que ciertos patógenos forman biofilms que impiden su detección y erradicación hasta la extracción del saco-LIO.

Consideramos esencial confirmar la negatividad microbiológica con técnicas de alta sensibilidad como la PCR ribosomal antes de colocar nuevos implantes.

Se destaca la realización de una cirugía combinada sin precedentes (Yamane+Preserflo) como abordaje resolutivo de la afaquia e HTO secundaria.

CC94

NECROSIS RETINIANA AGUDA, DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE DOS CASOS CLÍNICOS

Jhon Jarold Reyes Muñoz, Laura Such Irusta

La necrosis retiniana aguda (NRA) por herpes zóster es una infección viral grave de la retina, caracterizada por inflamación vítrea, necrosis periférica y vasculitis retiniana. Su evolución rápida puede causar pérdida visual severa, por lo que requiere diagnóstico precoz y tratamiento antiviral urgente.

Presentamos los casos de dos mujeres de 39 y 50 años con NRA unilateral por herpes zóster. Ninguna presenta ningún antecedente médico de interés.

Acuden a urgencias por ojo rojo, dolor y pérdida de visión unilateral. En la exploración presentan una Agudeza Visual (AV) corregida de 0,5 y de 0,2 respectivamente en el ojo afecto. En la lámpara de hendidura se observaron precipitados queráticos de pequeño y mediano tamaño pigmentados, un Tyndall de entre 1 y 3 +. La presión intraocular era de 17 y 13 mmHg. En el fondo de ojo objetiva vitritis y focos de retinitis en media y extrema periferia circunferenciales con hemorragias y vasculitis arterial oclusiva. Se solicitó estudio y se confirmó el cuadro con un resultado positivo en la PCR para herpes zóster.

Se decide ingreso para inicio de tratamiento con Aciclovir intravenoso a una dosis de 10 mg/kg y prednisona a una dosis de entre 0,5 y 1 mg/kg. Además, se tratan con inyecciones semanales de Ganciclovir intravítreo a una dosis de 2 mg/0,1 mL. La evolución del cuadro ocular es favorable pero la primera paciente durante el ingreso sufre un cuadro de necrosis tubular aguda a causa del Aciclovir intravenoso y tras valoración por medicina interna cambiamos tratamiento a vía oral resolviéndose el fallo renal agudo.

Se les da de alta tras una semana de ingreso con tratamiento oral antivírico y corticoideo que vamos disminuyendo progresivamente. Posteriormente realizamos panfotocoagulación láser para tratar la isquemia periférica. Actualmente las pacientes presentan una AV de 1 y 0,6 respectivamente sin nuevas complicaciones.

CC95

DESPRENDIMIENTO SEROSO RETINIANO ASOCIADO A ERDAFITINIB

Iñigo Santa Cruz Sarasqueta, Belén Fente Sampayo

En los últimos años, los avances en terapias antitumorales han llevado al desarrollo de terapias dirigidas contra células tumorales. Erdafitinib es un inhibidor del factor de crecimiento de fibroblastos, el cual actúa inhibiendo la vía de señalización de la proteína quinasa activada por mitógenos (MAPK/MEK). Es por esto por lo que algunos de los efectos secundarios que causa el Erdafitinib son similares a los que causan los inhibidores de MEK. Entre ellos, podemos observar los desprendimientos serosos retinianos.

Paciente varón de 74 años con carcinoma urotelial infiltrante estadio II. Presenta una amaurosis en ojo izquierdo por un traumatismo que sufrió en la infancia. Inició revisiones oftalmológicas para control de tratamiento 5 días después de comenzar con el Erdafitinib. Tras primera revisión sin alteraciones oftalmológicas, acude un mes más tarde presentando un desprendimiento seroso retiniano en OCT (tomografía de coherencia óptica), acumulando fluido que diseca la línea de interdigitaciones (IZ), separando las células apicales del EPR (epitelio pigmentario retiniano) de los fotorreceptores (FR). En la Angio-OCT no se aprecia componente neovascular. Tras programar una revisión a la semana en la que no se vio mejoría con tratamiento corticosteroide tópico, se decide suspensión del tratamiento antitumoral por ser ojo único. Acude al mes de la suspensión del Erdafitinib con clara mejoría subjetiva y tomográfica. Finalmente, a los dos meses se observa una resolución completa del cuadro.

Es imprescindible conocer los efectos adversos de las nuevas terapias antitumorales y el manejo de estos para no condicionar el pronóstico de la enfermedad. Queda por evaluar en los siguientes estudios la actitud a seguir según fármaco y efecto adverso ocasionado, y el papel de los corticosteroides en aquellos pacientes que necesiten del antitumoral para no condicionar su supervivencia. Recalcar la importancia del manejo interdisciplinar y de una monitorización sistemática.

CC96

NECROSIS RETINIANA AGUDA: DOS CASOS CON DIFERENTE EVOLUCIÓN CLÍNICA

Maite V. Serrano Pérez, Andrés J. Peñalver Alcaraz

Introducción: La necrosis retiniana aguda (NRA) es una uveítis posterior, habitualmente asociada al virus varicela-zóster (VVZ). Se trata de una patología infrecuente con elevada tasa de complicaciones y suele presentar mal pronóstico visual. Afecta tanto a pacientes sanos como inmunodeprimidos.

Casos clínicos: Presentamos dos casos de NRA por VVZ con evolución clínica y pronóstico marcadamente distintos. El primer caso corresponde a una mujer de 54 años que acudió por pérdida de visión en ojo izquierdo. La exploración reveló vitritis intensa, focos de retinitis periférica y desprendimiento neurosensorial peripapilar. La PCR en humor acuoso fue positiva para VVZ. Se inició tratamiento con antivíricos sistémicos, corticoides y múltiples inyecciones intravítreas de Foscarnet. A pesar del tratamiento, la paciente desarrolló desprendimiento de retina. Se le realizó vitrectomía pars plana, cerclaje y cirugía de cataratas. En el momento actual, la paciente presenta una agudeza visual de 0,9.

El segundo caso es una mujer de 33 años embarazada de 35 semanas que consultó por pérdida de visión en el ojo derecho. A la exploración se observó una panuveítis en dicho ojo. La PCR en humor acuoso confirmó VVZ. Recibió antivíricos intravenosos y corticoides. Tras el parto, se administraron ganciclovir y Ozurdex intravítreos y se aplicó láser profiláctico. Aunque no desarrolló desprendimiento de retina, presentó una rápida progresión con vasculitis oclusiva y fibrosis, evolucionando hacia una pérdida visual irreversible (sin percepción de luz).

Conclusión: La NRA constituye una urgencia oftalmológica con evolución imprevisible. El pronóstico visual depende de múltiples factores, entre ellos la precocidad del tratamiento, la respuesta inflamatoria y la aparición de complicaciones como el desprendimiento de retina. Los casos presentados ilustran la variabilidad en la evolución clínica de esta entidad, a pesar de un manejo terapéutico agresivo y precoz.

CC97

CASO DE UNA ENDOFTALMITIS (E) POR CUTIBACTERIUM O PROPIOBACTERIUM ACNÉS (PA) CON UN ABORDAJE NO QUIRÚRGICO EN DEBATE

María Xirgu Llach, Idoia Goñi

Introducción: El PA es la 1ª causa de E tardía, indolente y persistente en pseudofáquicos. Suele ocurrir más de 6 semanas después de la cirugía.

Caso clínico: Se presenta una mujer de 63 años que consulta por visión borrosa en ojo derecho (OD) de dos días de evolución. El antecedente de interés es la capsulotomía YAG bilateral tres días previos a la consulta, con sus previas facoemulsificaciones sin repercusiones dos años antes. El ojo izquierdo (OI) es sano. En el OD, la agudeza visual es de cuenta dedos a un metro por el edema corneal y un defecto epitelial central (2x2 mm) con una opacidad puntiforme. Las células no son valorables pero la lente está en su sitio. Se orienta como infiltrado infeccioso indicando raspado y reforzados horarios.

El defecto remite en días, pero se observan precipitados queráticos y células +2 pese a cultivos negativos. Se sospecha una E por PA y se aspira humor acuoso (HA). Se maneja con Vancomicina y Ceftazidima intravítreas, y pauta descendiente de reforzados y corticoides tópicos. El cultivo de HA sí sale positivo para PA y resuelve la uveítis sin más intervenciones.

Conclusión: La E por PA es un reto impredecible. El inicio se suele retrasar, reportándose un caso 21 años después de la cirugía de catarata. La bibliografía también orienta a que la capsulotomía YAG o los corticoides intravítreos pueden ser desencadenantes de la infección latente. Además, el PA puede presentar clínica aislada, como queratitis, edema de papila o uveítis subclínica, y a veces el cultivo es inconcluyente requiriendo PCR.

Nuestro conflicto es el «frustrating prognosis» bibliográfico. Está descrito que la E por PA suele ser poco florida, pudiendo tener un bajo grado de inflamación anterior. Aun así, la evidencia considera que siempre es necesario combinar los antibióticos intraoculares con la extracción de la lente (o incluso vitrectomía) para la resolución definitiva y evitar la cronificación. Por ello, el temor en nuestro caso son futuras recidivas.

CC98

COAGULOPATÍA INTRAVASCULAR DISEMINADA SECUNDARIA A TROMBOSIS DE TUMOR VASCULAR ORBITARIO: MANEJO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL INICIAL

Luis J. Fernández Alvarado, Claudia Rodríguez Blanco

Introducción: La coagulopatía intravascular diseminada (CID) es un síndrome infrecuente caracterizado por una activación plaquetaria excesiva y elevado consumo de factores de coagulación.

Las anomalías vasculares orbitarias (AVO) representan el 12-24% de las lesiones tumorales orbitarias.

Se presenta un caso infrecuente de CID secundaria a trombosis de tumor vascular extraconal bilateral.

Caso Clínico: Mujer de 87 años acude a urgencias por hematoma periorbitario y dolor ocular derecho no traumáticos de 3 días de evolución. Presenta marcado exoftalmos no pulsátil, limitación de la motilidad ocular extrínseca y una presión intraocular de 32 mmHg.

Tras la sospecha inicial de hemorragia retrobulbar, el TAC urgente demuestra la presencia de una masa retroocular extraconal en ambas órbitas, con captación heterogénea y efecto masa.

La progresión del exoftalmos y el sangrado se confirman mediante TAC de control a las 24 horas. Se decide entonces realizar cantolisis con toma de biopsia, confirmando la histopatología la naturaleza vascular de las masas.

La rápida progresión tumoral vascular y la inestabilidad hemodinámica condicionan una CID y un posterior accidente cerebrovascular consecuente. Finalmente se decide la embolización selectiva de las lesiones.

Discusión: Las AVO se clasifican según su potencial proliferativo en malformaciones y tumores. Los tumores vasculares, de alto flujo y crecimiento desproporcionado, no están presentes al nacimiento. Su tratamiento se basa en agentes esclerosantes y excisión. La CID es causa de disfunción orgánica local y sistémica. En su manejo es fundamental la corrección de la causa subyacente.

Conclusión: La CID es una complicación grave pero rara en tumores vasculares orbitarios. El manejo de las AVO debe ser individualizado y priorizando mantener en lo posible la funcionalidad visual.

CC99

PSEUDOTUMOR ORBITARIO SECUNDARIO A ABUSO DE COCAÍNA

Rodrigo Fernández Narros, Alfonso Miranda Sánchez

Introducción: La cocaína inhalada puede producir lesiones destructivas de la línea media facial, pero raramente se asocia con masas orbitarias. Presentamos un caso infrecuente de masa orbitaria asociado a consumo crónico de cocaína, sin signos clínicos de malignidad, cuyo estudio histopatológico sugiere una respuesta inflamatoria pigmentada posiblemente inducida por adulterantes presentes en la droga.

Caso clínico: Mujer de 51 años, con antecedentes de consumo habitual de cocaína, diabetes tipo 2 y enfermedad celíaca, es remitida a Oftalmología desde ORL tras hallazgo incidental de una masa orbitaria izquierda en una RMN preoperatoria para septoplastia nasal. La imagen muestra una lesión sólida bien delimitada (15×15×8 mm), estable respecto a RMN previa. Clínicamente destaca ptosis palpebral izquierda sin exoftalmos ni alteraciones funcionales o visuales. Ante estabilidad clínica y radiológica, se opta por actitud expectante inicial. Dos años después, la paciente solicita corrección de la ptosis, indicándose extirpación previa de la masa. Se realiza orbitotomía anterior con resección completa. El análisis anatomopatológico muestra fibrosis colágena con células fusiformes y depósitos pigmentados azul-grisáceos en macrófagos, sin signos de malignidad. El estudio inmunohistoquímico descarta melanoma, schwannoma y meningioma. Se sugiere reacción fibrohistiocitaria a pigmento exógeno de probable origen mucinoso. La etiología más plausible es exposición a cocaína adulterada con colorantes azules, como las variantes conocidas como «blue sky».

Conclusión: Este caso refleja una manifestación atípica del consumo crónico de cocaína, con desarrollo de masa orbitaria asociada a pigmentación azul compatible con una reacción a sustancias adulterantes. Resalta la importancia de considerar antecedentes toxicológicos en el diagnóstico diferencial de lesiones orbitarias inusuales.

CC100

ENFERMEDADES XANTOGRANULOMATOSAS ORBITARIAS DEL ADULTO: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y EVOLUCIÓN DE DOS CASOS CON DIFERENTE PERFIL HISTOLÓGICO

Naroa Fernández Vázquez, Laura Tabuenca del Barrio

Introducción: Las enfermedades xantogranulomatosas orbitarias (EXO) del adulto son entidades inflamatorias infrecuentes caracterizadas por la infiltración de tejidos orbitarios por histiocitos espumosos, células gigantes tipo Touton y lípidos. Clínicamente pueden manifestarse con masas palpebrales, ptosis, dolor ocular y afectación de la motilidad ocular. Su clasificación histológica incluye subtipos como la xantogranulomatosis orbitaria del adulto (AOG) y el xantogranuloma necrobiótico (NXG), entre otros. La distinción entre ellos es fundamental, ya que algunos se asocian a patologías sistémicas como gammopatías monoclonales, mientras que otros cursan de manera localizada y benigna.

Caso clínico: Se presentan dos casos con afectación orbitaria bilateral y distinto perfil histológico. El primero, una mujer de 81 años que acudió por dolor ocular y dificultad para abrir los párpados, especialmente en ojo derecho. Mostraba ptosis bilateral, placas amarillentas infiltradas en párpados superiores y limitación dolorosa de la motilidad ocular. La agudeza visual era normal y no se halló afectación sistémica en pruebas de imagen. Se instauró tratamiento con corticoides orales, con excelente evolución. La biopsia confirmó AOG. El segundo caso corresponde a un varón de 52 años con placas edematosas dolorosas de 2 cm en párpados inferiores, con deformidad palpebral. El estudio histológico reveló NXG. El TAC orbitario y torácico fue normal, pero el estudio hematológico confirmó una gammapatía monoclonal. Se trató con triamcinolona intralesional con buena respuesta clínica.

Conclusión: Las EXO pueden presentarse con síntomas inespecíficos lo que dificulta el diagnóstico precoz. La biopsia es fundamental para establecer el subtipo histológico, orientar el estudio sistémico y definir el tratamiento. Mientras la AOG suele tener un curso benigno y buena respuesta a corticoides, el NXG puede asociarse a patología hematológica y requiere seguimiento multidisciplinar.

CC101

RITUXIMAB INTRALESIONAL COMO TRATAMIENTO EN EL LINFOMA MALT CONJUNTIVAL

Paloma Fuentes Iñigo, Laura Tabuenca del Barrio

Introducción: Los linfomas de los anejos oculares constituyen un pequeño porcentaje de los linfomas no Hodgkin, con afectación conjuntival en el 30-40% de los casos. Dentro de las neoplasias conjuntivales, el linfoma es la lesión extraepitelial adquirida más común. El subtipo más frecuente es el linfoma MALT de células B de la zona marginal, seguido del linfoma folicular y el difuso de células B grandes. Factores etiológicos posibles incluyen infecciones crónicas, como *Chlamydomydia psittaci*, y enfermedades autoinmunes como tiroiditis de Hashimoto, síndrome de Sjögren y celiaquía. Suele presentarse como una masa asalmonada, asintomática, en mujeres de entre 50 y 70 años, lo que retrasa el diagnóstico. Aunque generalmente tiene curso indolente y buen pronóstico, puede diseminarse en un 20% de los casos.

Caso Clínico: Mujer de 42 años sin antecedentes oftalmológicos consulta por inflamación palpebral inferior derecha de varios meses. AV 20/20 y PIO normal. En fórnix inferior se observa engrosamiento conjuntival con papilas amarillo-anaranjadas. Se diagnostica inicialmente como conjuntivitis folicular crónica y se inicia tratamiento con Maxidex e Icol, sin mejoría. Se añade ciclosporina 0,1% y tracólimus 0,03%, sin respuesta clínica. Se realiza biopsia ante sospecha de linfoma MALT, que se confirma por inmunohistoquímica. Se completa estudio de extensión con PET-TAC, RM orbitaria, biopsia de médula y PCR para *C. psittaci*. Se inicia tratamiento con Rituximab intralesional semanal durante 4 semanas y mensual por 6 meses, logrando remisión completa.

Conclusión: El linfoma MALT debe sospecharse en conjuntivitis crónica sin causa evidente. El diagnóstico se basa en biopsia e inmunohistoquímica. El tratamiento con Rituximab intralesional es eficaz y seguro, y constituye una alternativa válida a la EBRT, con menor toxicidad y conservación del uso sistémico para formas diseminadas.

CC102

IMPLANTE ORBITARIO E INJERTO DERMOGRASO TRAS INFECCIÓN INTRAOCULAR SEVERA: ¿UN ABORDAJE SEGURO?

Elena Galán Risueño, Marcos Muñoz Pérez

Introducción: La reconstrucción de cavidades anoftálmicas en el contexto de infección intraocular activa es controvertida, especialmente cuando se plantea la colocación de implantes orbitarios. El riesgo de extrusión o fracaso aumenta en presencia de tejido inflamado o necrótico. Presentamos un caso con evolución favorable tras una endoftalmitis purulenta por *Pseudomona aeruginosa*, manejado con implante orbitario e injerto dermograso secuencial.

Caso clínico: Varón de 85 años con ojo derecho amáurico, antecedente de cirugía extracapsular de catarata, desprendimiento de retina en dos ocasiones y tamponamiento con silicona intraocular. Consultó por urgencias una semana tras una conjuntivitis con melting corneal y absceso, evolucionando a endoftalmitis purulenta. Se realizó evisceración con dos colgajos esclerales y colocación inmediata de implante de silicona, con adecuado recubrimiento escleral, tenoniano y conjuntival. En el postoperatorio se objetivó progresión de celulitis periorbitaria, confirmándose *Pseudomona aeruginosa* en cultivo. Se inició antibioterapia intravenosa con buena respuesta clínica. Sin embargo, desarrolló dehiscencia conjuntival con una extensa zona de adelgazamiento escleral de aproximadamente 13 mm × 4 mm, sin exposición del implante. Ante la resolución de la infección, se optó por cubrir el defecto con injerto dermograso autólogo de glúteo. El injerto se integró y conjuntivalizó completamente. Actualmente el paciente porta una prótesis con resultado funcional y estético satisfactorio.

Conclusiones: La reconstrucción de cavidades anoftálmicas tras endoftalmitis purulenta representa un desafío quirúrgico. Este caso demuestra que la colocación de un implante orbitario y el uso posterior de injerto dermograso autólogo pueden ser opciones viables y seguras incluso en contextos de infección severa, permitiendo preservar el volumen orbitario y lograr una rehabilitación protésica satisfactoria tanto funcional como estética.

CC103

TROMBOSIS BILATERAL DEL SENO CAVERNOSO EN CONTEXTO DE SINUSITIS POR FUSOBACTERIUM NECROPHORUM: A PROPÓSITO DE UN CASO

Guillermo García Morales, Soukaina Mouak Cherkaoui

Introducción: La trombosis del seno cavernoso (TSC) es una entidad grave que puede causar elevación de la presión intraocular (PIO) por congestión venosa orbitaria y afectación del nervio óptico por isquemia venosa local e hipertensión intracraneal secundaria, lo que puede llevar a neuropatía óptica y pérdida visual. Fusobacterium necrophorum es un germen anaerobio que en casos excepcionales puede producir TSC y conllevar incluso la muerte del paciente.

Caso clínico: Varón de 51 años que acude a urgencias por cefalea y fiebre, y es diagnosticado de sinusopatía extensa. Tras el alta voluntaria, acude a urgencias 48 horas después por empeoramiento clínico. Presenta dolor ocular, exoftalmos, proptosis, ptosis, oftalmoplejía, quemosis y aumento de PIO en ojo izquierdo (OI). Es ingresado con diagnóstico de celulitis orbitaria con afectación sinusal de probable causa fúngica.

Tras hemocultivos positivos por Fusobacterium necrophorum, se trata con antibioterapia de amplio espectro y se realiza cirugía endoscópica nasosinusal descompresiva. El empeoramiento clínico (hasta 60mmHg de PIO en OI), con eventual afectación del ojo contralateral, junto con informes radiológicos sucesivos, hacen descartar la celulitis orbitaria como diagnóstico, a favor de una trombosis bilateral de los senos cavernosos secundaria a pansinusitis.

El manejo de la hipertensión ocular, asociado a antibioterapia y anticoagulación sistémica, lograron la resolución de la enfermedad aguda y alta tras 3 semanas. Durante la revisión, la agudeza visual fue 1,0 en ojo derecho y percepción de luz en OI, en el cual persistió la limitación de la motilidad ocular y la atrofia óptica.

Conclusión: Este caso ilustra una entidad poco frecuente pero grave que puede simular síntomas de celulitis orbitaria: la trombosis del seno cavernoso en contexto de infección por Fusobacterium necrophorum. La sospecha precoz y el abordaje multidisciplinar son esenciales para preservar la vida y minimizar las secuelas visuales.

CC104

HEMATOMA SUBPERIÓSTICO ORBITARIO BILATERAL TRAS CIRUGÍA DE RECAMBIO DE VÁLVULA MITRAL Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

María Gómez-Tomás, Ciro García Álvarez

Introducción: Los hematomas subperiósticos orbitarios tras cirugía cardíaca son complicaciones raras, pero potencialmente graves. Se forman entre el hueso orbitario y la periórbita, acumulándose sangre en áreas de adhesión laxa. La causa principal es el aumento brusco de la presión venosa central, que puede romper venas subperiósticas. Otras etiologías son coagulopatías, anticoagulación y maniobras de Valsalva. Los síntomas incluyen proptosis, dolor retroorbitario y diplopía, sin edema palpebral. El diagnóstico se realiza mediante prueba de imagen, que muestran masas biconvexas. El tratamiento depende de la severidad: puede ser conservador o quirúrgico si hay compromiso del nervio óptico.

Caso Clínico: Se presenta el caso de una mujer de 61 años con obesidad, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular y valvulopatía mitral, sin antecedentes oftalmológicos. Fue intervenida de sustitución valvular mitral, anuloplastia tricuspídea, ablación de fibrilación auricular y cierre de orejuela. En el postoperatorio inmediato presentó exoftalmos bilateral agudo, visión borrosa, sensación de presión retroocular, cefalea y dolor con los movimientos oculares. La agudeza visual era de 1 y 0,8 y presentaba en ambos ojos limitación a la supraducción y abducción, convergencia insuficiente, retropulsión aumentada y quemosis leve bilateral. Las pupilas eran normales. La exoftalmometría de Hertel fue de 23-24 mm en ambos ojos. La tomografía evidenció hematomas subperiósticos bilaterales en el techo orbitario, con efecto masa sobre los músculos rectos superiores. Se optó por manejo conservador con evolución favorable y resolución completa tras 3 meses.

Conclusión: Se presenta una complicación infrecuente pero potencialmente grave tras cirugía cardíaca, se han descrito solamente dos casos similares en la literatura. La exploración oftalmológica precoz es clave para decidir el manejo: en ausencia de compromiso del nervio óptico, el seguimiento clínico y radiológico suele ser suficiente.