

**VÍDEOS**



**Libro de resúmenes**



V1

## LA BLANCO-PUNCIÓN EN SECO NO SIEMPRE EVITA LA BANDERA ARGENTINA EN LA CATARATA BLANCA HIPERMADURA

Aránzazu Caro Ortega, Vicente T. Pérez-Torregrosa, Elena Gracia Rovira, Francisco Calleja Casado

*Introducción:* La catarata blanca hipermadura es un reto quirúrgico por la difícil visualización para hacer la capsulorrexis (CCC), la elevada presión intralenticular y la dureza del cristalino. Se ha preconizado la punción en seco del centro de la cápsula anterior como primer paso antes de la incisión corneal. La salida de material lechoso produciría una descompresión intra-lenticular que facilitaría realizar la CCC. De esta manera, evitaría el riesgo de la temida «bandera argentina» que se visualiza cuando tras la tinción de azul de la cápsula anterior la rotura evoluciona de forma descontrolada.

Presentamos el caso de una mujer de 41 años con síndrome de Down y catarata blanca hipermadura en la que la punción en seco de la cápsula anterior no evitó el estallido capsular de 360°. Se visualiza la «bandera argentina» y se presenta la resolución del caso.

*Técnica quirúrgica:* Se inicia la cirugía con blanco-punción en seco con aguja de 30G, sin observar salida de material cortical licuado. Al realizar la incisión principal, se desencadena una rotura súbita y no controlada de la cápsula anterior, que se confirma con azul tripán al verse el signo de la bandera argentina. Se estabiliza la cámara con viscoelástico y se efectúa una facoemulsificación cuidadosa con técnica «stop and chop». Se objetiva una extensión de la rotura a cápsula posterior de 360°, sin salida de vítreo debido a la integridad de la hialoides anterior. La lente intraocular se implanta con los hápticos en el sulcus, y se sutura la incisión principal.

*Conclusiones:* La blanco-punción en seco es una maniobra útil en las cataratas blancas, pero sólo si implica la evacuación del material cortical licuado. Si no sale éste, la presión intralenticular permanece elevada. En nuestro caso, la maniobra no evitó la bandera argentina y la rotura capsular se extendió de forma radial 360°. Sin embargo, la hialoides anterior permaneció intacta y pudimos finalizar la cirugía con éxito.

V2

### CÓMO COMPLETAR CON ÉXITO UNA CATARATA MORGANIANA

Paula Vázquez De Parga Salleras, Yoana Rodríguez Arias, Amaia Urcelay Arzamendi Sachkouskaya

*Introducción:* Se presenta el caso de un varón de 38 años con catarata hipermadura en el ojo izquierdo tras un traumatismo. El objetivo de este vídeo es mostrar una técnica quirúrgica que asegure la integridad de la cápsula posterior durante la facoemulsificación.

*Técnica quirúrgica:* Bajo anestesia tópica y tras instilar povidona yodada periocular al 10 % y tópica al 5 %, se realiza paracentesis con cuchillete de 15°, inyección intracamerular de lidocaína y tinción de la cápsula anterior con azul tripán. Se introduce viscoelástico dispersivo, se realiza la incisión principal con cuchillete de 2,2 mm y se liberan las sinequias entre iris y cápsula anterior. Empleando una jeringa de 2 ml con una aguja de 25G colocada con el bisel hacia abajo, se punciona el centro de la cápsula a la vez que se aspira el líquido cristalino. Se completa la capsulorrexis con una pinza. Al aspirar el material cortical licuado con la pieza de irrigación aspiración (I/A), nos encontramos con un núcleo pequeño y móvil (catarata morganiana). Se introduce viscoelástico cohesivo y se inyecta la lente precargada por debajo del núcleo para que sirva de protección de la cápsula. Se procede a facoemulsificar el núcleo mediante la técnica faco-chop. Se centra la lente y se aspira el viscoelástico. Finalmente se hidratan las incisiones.

*Conclusión:* La catarata morganiana supone un gran reto quirúrgico. La principal dificultad es mantener la integridad de la cápsula posterior, puesto que el núcleo es duro y de menor tamaño con respecto al saco capsular. El hecho de implantar la lente por debajo del núcleo nos sirve de soporte para evitar la rotura de la cápsula posterior. Por otra parte, la capsulorrexis en estos pacientes es más compleja y debe hacerse en sentido centrípeto.

V3

### **CIRUGÍA DE CATARATA DURA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA CON PSEUDOEXFOLIACIÓN Y FACODONESIS**

Celso Bande Domínguez, Yoana Rodríguez Arias, Paloma Núñez Golpe, Amaia Urcelay Arzamendi

*Introducción:* La pseudoexfoliación (PEX) del cristalino condiciona debilidad de la zónula pudiendo ocasionar facodonesis por inestabilidad del saco capsular. Esto aumenta el riesgo de complicaciones intra y postoperatorias en la cirugía de catarata. Más del 25 % de los pacientes que se operan de esta patología en nuestra comunidad presentan PEX, lo cual unido a la elevada longevidad de dicha población hace que sea frecuente que operemos a pacientes de edad avanzada con catarata dura, PEX y facodonesis.

*Técnica quirúrgica:* Presentamos la técnica de cirugía de catarata que usamos en estos pacientes para minimizar el riesgo de complicaciones. Operamos bajo anestesia tópica. Inyectamos en cámara anterior lidocaína, fenilefrina, colorante azul y viscoelástico dispersivo. Colocamos 4 ganchos de iris separados 90° para sujetar el reborde de la cápsula anterior (y el iris en casos de mala dilatación pupilar). Es importante hacer una hidrodisección completa pero delicada evitando empujar el núcleo. Para la facoemulsificación usamos técnica de chop (preferiblemente vertical), stop and chop o divide y vencerás, individualizando la misma dependiendo del caso clínico y del cirujano. Evitamos hacer empujes con el terminal de faco y tracciones excesivas sobre la cápsula del cristalino durante el aspirado de masas corticales priorizando la tracción tangencial. Implantamos un anillo de tensión capsular seguido de una lente plegable acrílica hidrofóbica monobloque precargada. Inyectamos acetilcolina intracamerular y evitamos dar puntos en la incisión y paracentesis.

*Conclusión:* Mediante esta técnica conseguimos completar la cirugía de catarata mediante facoemulsificación evitando tensiones iatrogénicas sobre la zónula que pudiesen generar una subluxación o luxación del saco capsular, obtenemos una rápida recuperación de la función visual y evitamos factores que pudiesen contribuir a generar complicaciones de la cirugía.

## MANIOBRA DE TINCIÓN TRABECULAR EN IMPLANTE ISTENT INJECT W

Sergio Matas Granados, Arturo Talego Sancha

*Introducción:* El éxito de los procedimientos angulares, y en particular el implante del dispositivo iStent inject W, depende críticamente de una visualización gonioscópica intraoperatoria precisa y estable. Una identificación clara de las estructuras anatómicas objetivo no solo facilita la correcta colocación del implante en el canal de Schlemm, sino que es fundamental para maximizar la eficacia del drenaje y la seguridad del procedimiento.

*Técnica quirúrgica:* Presentamos el caso de una paciente que acabamos de intervenir de catarata en su ojo derecho a la cual vamos a proceder a implantarle 2 iStent inject W. En la gonioscopia intraoperatoria se observó un ángulo muy poco pigmentado con dificultad para distinguir las estructuras. Llevamos a cabo una maniobra de «tinción trabecular» que consiste en pedirle al paciente que mire hacia arriba y, empleando una cánula de cámara anterior o instrumento romo, realizar un masaje conjuntival desde fondo de saco ínfero-nasal hacia limbo. Con este movimiento generamos un flujo retrógrado de sangre desde las venas epiesclerales hacia el canal de Schlemm y la malla trabecular, logrando así la tinción de la misma en aquellos puntos donde exista un mayor número de canales colectores. Estos puntos serán los idóneos para situar nuestros implantes iStent. También podemos bajar la presión de cámara anterior y realizar la maniobra bajo visualización gonioscópica. Finalmente visualizamos correctamente el trabeculum teñido de sangre en los puntos donde se supone un mayor caudal de drenaje por vía trabecular; y es en esos puntos donde procedemos a implantar ambos iStent sin incidencias.

*Conclusión:* En conclusión, la maniobra de tinción trabecular mediante masaje conjuntival retrógrado es muy útil para una visualización óptima y detallada del ángulo camerular en ángulos muy poco pigmentados, facilitando no solo el implante del dispositivo iStent sino también impactando directamente en los resultados tensionales.

V5

### TUTORIZACIÓN DE XEN63 CON PROLENE DE 9-0

Marta Cerdá Ibáñez, Álvaro Cabezas Vicente, Miguel Roselló Crespo, Jorge Vila Arteaga

*Introducción:* Presentamos el caso de un paciente con antecedente de maculopatía hipotónica tras implante XEN63, que no se resuelve tras las maniobras conservadoras. En este caso, el aumento del flujo de salida del humor acuoso es debido a la reducción de la longitud del XEN en la zona subconjuntival, al romperse parte de la zona distal tras un needling secundario y con ello, aumentar la filtración al reducir la longitud del mismo.

*Técnica quirúrgica:* Se muestran dos casos de la tutorización del dispositivo XEN63 con prolene de 9-0. Consiste en realizar una disección conjuntival e introducir el prolene por la parte distal del XEN hasta conseguir una filtración adecuada. Posteriormente, se puede realizar la retirada del tutor bajo la lámpara de hendidura si se desea incrementar el flujo de salida del dispositivo, tal y como se hace en otros dispositivos de drenaje no valvulados.

*Conclusión:* Esta sencilla maniobra produce la reducción significativa del filtrado, aumentando la presión intraocular y resolviendo, en este caso, la maculopatía hipotónica.

V6

## MANEJO DE LA EXTRUSIÓN DEL TUBO EN VÁLVULA DE AHMED MEDIANTE AUTOINJERTO CONJUNTIVAL CONTRALATERAL Y PEGAMENTO BIOLÓGICO

Aina Bals Genestar, Beatriz Rodríguez Aguado, Lorena Almudí Cortés, Mouafk Asaad

*Introducción:* Presentamos el caso de una paciente con múltiples cirugías previas de glaucoma en su ojo derecho, incluyendo la implantación de una válvula de Ahmed, que desarrolló una extrusión del tubo. Inicialmente se realizó un recubrimiento con esclera de donante, TutopatchR y autoinjerto conjuntival ipsilateral. Sin embargo, debido a la delgadez y retracción del injerto, se optó por una alternativa quirúrgica con autoinjerto conjuntival del ojo contralateral no intervenido previamente. Técnica quirúrgica: Se reabrieron los bordes conjuntivales en el ojo derecho para preparar el lecho receptor, midiendo previamente el tamaño necesario del injerto. En el ojo izquierdo, se obtuvo un injerto de conjuntiva inferior tras infiltración de anestesia subconjuntival. Se delimitaron los bordes nasal y temporal con tijeras Wescott, con las mismas tijeras creamos un espacio subconjuntival y se delimitó el borde posterior. Se disecó cuidadosamente la Tenon y se realizó la incisión perilimbar. El injerto se trasladó en una regla estéril y se posicionó sobre la córnea del ojo receptor. Finalmente, se fijó con adhesivo biológico (TissucolR) y se recortaron los bordes excedentes, asegurando su adecuada integración.

*Conclusión:* El autoinjerto conjuntival contralateral representa una alternativa segura y eficaz en el manejo de complicaciones como la extrusión del tubo en pacientes con múltiples intervenciones previas y conjuntivas finas. En este caso, permitió una cobertura estable del tubo, con buena integración tisular y sin complicaciones postoperatorias inmediatas, constituyendo una opción quirúrgica válida en situaciones complejas.

V7

## MANEJO QUIRÚRGICO DE LA EXTRUSIÓN DE PRESERFLO MICROSHUNT EN PRESENCIA DE DÉFICIT ESCLERAL

Javier García Bardera, Laura Morales Fernández, Mireia García Bermúdez, Julián García Feijoo

*Introducción:* El Preserflo MicroShunt (PMS) es un dispositivo de drenaje subconjuntival eficaz y seguro para el tratamiento del glaucoma. No obstante, en casos excepcionales pueden producirse complicaciones como la extrusión del implante. Esta situación se ha relacionado con factores de riesgo como cirugías previas, escasez de tejido de Tenon, uso intraoperatorio de mitomicina C (MMC) a dosis altas, inflamación de la superficie ocular o procedimientos de needling. Su manejo quirúrgico debe adaptarse a la localización y extensión del defecto, así como al estado del tejido circundante.

*Técnica quirúrgica:* Se presenta el caso de un varón de 81 años con glaucoma primario de ángulo abierto operado con PMS y MMC al 0,04 % durante 2 minutos. Ocho meses después de la cirugía, en una revisión rutinaria, se detectó extrusión distal del implante con prueba de Seidel positiva, melting y necrosis escleral circundante. Durante la intervención se objetivó un amplio defecto escleral, por lo que se optó por la retirada del dispositivo y reconstrucción escleral. Se disecó cuidadosamente la conjuntiva adyacente y posterior al defecto, se cubrió la zona con un colgajo escleral adaptado al tamaño de la lesión y se realizó un avance conjuntival para lograr un cierre hermético. La técnica permitió restaurar la anatomía ocular y prevenir complicaciones graves como hipotonía o infección. *Conclusión:* La extrusión del PMS requiere un abordaje quirúrgico individualizado. Existen maniobras quirúrgicas que permiten reparar sin necesidad de retirar el dispositivo, como son la fijación de la esclera al extremo distal, sutura conjuntival, disección y avance conjuntival, reforzamiento con membrana amniótica o incluso reposicionamiento en otro cuadrante. Sin embargo existen casos, como el presentado, en los que es necesaria su retirada para garantizar la seguridad del paciente.

La identificación intraoperatoria del déficit escleral y una reconstrucción adecuada son claves para un manejo exitoso.

V8

## MANIOBRAS DE RECUPERACIÓN DE TUBOS: OBSTRUCCIÓN DE LUMEN DEL TUBO

José D. Martínez Tormo, Jorge Vila Arteaga, Marta Moro Muñiz, Javier Cañas Costa

*Introducción:* El manejo quirúrgico del glaucoma avanzado mediante dispositivos de drenaje como el implante de Paulse ha consolidado como una opción eficaz para el control tensional en casos refractarios. Sin embargo, su manipulación intraoperatoria y seguimiento postoperatorio pueden presentar desafíos que requieran reintervención precoz.

*Técnica quirúrgica:* Presentamos el caso de un paciente con glaucoma avanzado que fue sometido a la implantación de una válvula de Paul. En el postoperatorio inmediato, el paciente desarrolló hipertensión ocular. La exploración reveló un tubo retroiridiano excesivamente largo, con tutor de prolene 6-0. Se decide revisión intraquirúrgica.

Durante la segunda cirugía, se realiza una nueva peritomía conjuntival, se extrae el tubo y se recorta de forma biselada. Reintroducimos el tubo en cámara posterior asegurando una longitud adecuada. Tras esta maniobra, no se observa flujo a través del tubo, incluso tras instilar azul tripán en la cámara anterior. Se procede a retirar el tutor de prolene 6-0 y se constata una filtración adecuada a través del tubo. Finalmente, se introduce un nuevo tutor más fino de prolene 7-0 y se confirma la presencia de flujo a través del implante. Se cierra la conjuntiva sin incidencias.

*Conclusión:* Este caso ilustra la importancia un estudio postoperatorio precoz y la necesidad de reevaluar el tutoraje cuando se sospecha disfunción del flujo.

El ajuste intraoperatorio mediante recorte y reposición, junto con un tutor más fino, permitió restablecer la función del implante y un control tensional eficaz.

V9

## DESINCARCERACIÓN DE IRIS TRAS EPNP EN PACIENTE FÁQUICO

Rebeca Alejandra Herbella Tomás, Mayerling Mercedes Suriano

*Introducción:* Paciente varón de 60 años al que se le realizó una esclerectomía profunda no perforante (EPNP) cinco días antes en el ojo derecho. A la exploración en lámpara de hendidura nos encontramos con una pupila discórica, ovalada verticalmente. En la gonioscopia pudimos evidenciar que el iris se encontraba encarcerado en la membrana trabeculo-descemética. Su presión intraocular fue de 15 mmHg. Se aplicó una gota de pilocarpina cada 15 minutos durante 1 hora y dos horas después se valoró, el iris se mantuvo encarcerado por lo que se decidió intervenir.

*Técnica quirúrgica:* Mediante la gonioscopia quirúrgica confirmamos la encarceración iridiana. Se realizaron dos paracentesis a las 2 y 8 horas, por donde se introdujo el viscoelástico en cámara anterior. Con unas pinzas de agarre serrado 23G se traccionó el estroma iridiano. Comprobamos con gonioscopia quirúrgica la completa desincarceración del iris. Haciendo uso de la pinza y unas tijeras de retina 23G, se hizo una iridectomía superior para evitar encarceraciones futuras. Aspiramos el viscoelástico de cámara anterior, hidrosutura de las paracentesis y cefuroxima en cámara anterior. En el postoperatorio inmediato, la pupila se encontraba redonda, sin evidencia de encarceración iridiana en la gonioscopia, con presión intraocular 17 mmHg. Se inició tratamiento con moxifloxacino 4 veces al día durante 2 semanas, pilocarpina 2 veces al día durante 1 semana y prednisolona en pauta descendente durante 3 meses.

*Conclusión:* Como conclusión, se trata de una maniobra quirúrgica que consigue solucionar la desincarceración de iris tras EPNP. Es una técnica que usa instrumentos de retina, rápida, eficaz y respetuosa con el ojo. Dada la sencillez de la técnica recomendamos valorarla en caso de encarceración de iris tras EPNP tanto en pacientes fáquicos como pseudofáquicos.

V10

### TÉCNICA QUIRÚRGICA EN GLAUCOMA MALIGNO TRAS CIRUGÍA MÍNIMAMENTE PENETRANTE DE GLAUCOMA CON XEN63

Alicia Cárceles Montoya, Cristian Fernández Martínez, Carlos Enrique Monera Lucas, Alfredo Marchena Rojas

*Introducción:* Mujer de 86 años diagnosticada de glaucoma primario de ángulo abierto con mal control de la presión intraocular (PIO) con tratamiento médico. Se decidió intervenir con una técnica mínimamente penetrante mediante XEN 63 ab externo. En el posoperatorio se evidencia reducción progresiva de la cámara anterior y ausencia de filtración subconjuntival. La paciente acudió a urgencias con dolor ocular, pérdida de la visión y síntomas vegetativos 15 días tras la cirugía. Se evidenció una PIO de 70 mm Hg, atalamia completa, ausencia de ampolla de filtración, con pupila arreactiva, en ausencia de desprendimiento coroideo. Se estableció el diagnóstico de síndrome misdireccional y se inició tratamiento médico con brimonidina, brinzolamida, timolol, ciclopléjico y atropina tópicos, así como manitol intravenoso, tratando de revertir la dirección anómala del humor acuoso mediante el desplazamiento posterior del diafragma iridolenticular. Dado el fracaso del tratamiento médico se decidió proceder mediante abordaje quirúrgico.

*Técnica quirúrgica:* Se realizó vitrectomía posterior 25G con incremento progresivo de la presión de infusión durante la cirugía. Se practicó una iridozonulectomía periférica y liberación de sinquias anteriores y posteriores para facilitar la dirección adecuada del acuoso. Se finalizó la cirugía corrigiendo la posición del implante XEN63 y comprobando su funcionamiento.

*Conclusión:* El síndrome misdireccional supone una situación urgente que puede comprometer la visión del paciente. Puede aparecer como complicación en el postoperatorio, incluso en técnicas mínimamente penetrantes como XEN63. El objetivo del tratamiento es interrumpir la mala dirección del humor acuoso y restaurar el flujo normal, siendo la intervención quirúrgica la opción terapéutica definitiva, aunque en algunos casos la iridozonulohialoidotomía YAG puede ser exitosa. En nuestro caso se decidió el abordaje quirúrgico dada la atalamia completa, con adecuada resolución del caso.

V11

## REVISIÓN XEN

Abel Rojo Aragües, Eugenia González Sánchez, Abel Rojo Aragües

*Introducción:* La introducción de nuevas técnicas en la cirugía del glaucoma, hacen que las complicaciones de éstas y su tratamiento se comiencen a describir en la literatura. En el video se explica la técnica quirúrgica llevada a cabo para la revisión de un XEN en un paciente con glaucoma crónico simple.

*Técnica quirúrgica:* Los pasos a seguir para la revisión de un XEN vienen marcados desde el principio, con una buena anestesia, a una buena disección de la conjuntiva y la Tenon hasta la comprobación del funcionamiento del dispositivo y el uso de la mitomicina para evitar recurrencia de la fibrosis.

*Conclusión:* Nunca hay que dar por perdida la eficacia de una cirugía y menos aún en el glaucoma, antes de haber estudiado todas las alternativas existentes, valorando cada caso de forma individual. En nuestro caso escogimos la menos agresiva y eficaz; revisar el dispositivo evitando así la sustitución o la implantación de uno nuevo.

V12

### LUXACIÓN DEL CRISTALINO A CÁMARA VÍTREA. AL FILO DE LO IMPOSIBLE

Fernando González del Valle, Carmen González Polo, María Bermúdez Mora, Javier Celis Sánchez

*Introducción:* Se propone una nueva alternativa quirúrgica para tratar la luxación del cristalino a cámara vítrea, recuperando el saco cristalino y reutilizándolo para alojar un anillo de tensión capsular (ATC) y una lente intraocular (LIO).

*Técnica quirúrgica:* Después de una vitrectomía pars plana se reflota el cristalino. La capsulorrexis anterior se realiza utilizando dos micropinzas de retina, pudiendo realizar esta maniobra en cámara vítrea o en cámara anterior. El cristalino se fija provisionalmente con ocho ganchos iridianos para poder practicar la facoemulsificación. Posteriormente se implanta un ATC y una LIO. El complejo saco-ATC-LIO es fijado a esclera mediante técnica del nudo vaca (cow hitch), utilizando una sutura de polipropileno de 10-0.

*Conclusión:* Con la nueva propuesta quirúrgica se podría recuperar el saco cristalino, después de una luxación del cristalino, postraumática o postquirúrgica, a cámara vítrea. Es posible realizar la capsulorrexis anterior en cámara vítrea. La sujeción de dicha capsulorrexis por ocho ganchos iridianos es suficiente para facoemulsificar la catarata en cámara anterior. El nuevo complejo saco-ATC-LIO, después de fijarlo a esclera, compartimentaliza el ojo de forma natural y podría evitar complicaciones tardías que pueden aparecer con otras opciones de implante secundario, habitualmente empleadas hasta ahora en estos complejos casos.

V13

### **OJO INFECTADO, OJO RESCATADO: QUERATOPLASTIA EN CALIENTE CON PRÓTESIS DE ECKART Y VITRECTOMÍA EN ENDOFTALMITIS**

Mercedes Molero Senosiain, Alicia Valverde Mejías, David Díaz Valle

*Introducción:* Se presenta el caso de una paciente de 73 años que, tras una cirugía de glaucoma tipo esclerectomía profunda no penetrante (EPNP), desarrolló una blebitis que evolucionó a endoftalmitis. Inicialmente fue tratada con colirios reforzados y múltiples inyecciones intravítreas de antibióticos y antifúngicos. Una vez controlado el proceso inflamatorio y con el ojo "templado", se decidió intervenir quirúrgicamente, dado que se trataba del ojo con mejor función visual de la paciente.

*Técnica quirúrgica:* Bajo anestesia general, se realizó una queratoplastia terapéutica con colocación de prótesis temporal de Eckart, vitrectomía por pars plana central y periférica, y, posteriormente, una queratoplastia penetrante de gran diámetro. Además, se realizó un desbridamiento del tapete escleral necrótico y se colocó un parche de esclera para reforzar esa zona adelgazada, con posterior recubrimiento conjuntival. El vídeo detalla paso a paso la trepanación corneal, la limpieza del segmento anterior con eliminación de fibrina y viscosinequiólisis, la sutura de la prótesis de Eckart, la vitrectomía y, finalmente, la queratoplastia definitiva con la reconstrucción escleral.

*Conclusión:* En situaciones graves, en las que se trata del ojo más funcional de un paciente, está justificado hacer una cirugía combinada para intentar preservarlo. Actualmente, la paciente mantiene una agudeza visual funcional sorprendente de 0,3 decimal. Desafortunadamente, se está produciendo un estrechamiento progresivo del ángulo iridocorneal, que hará necesarias futuras cirugías de glaucoma y reconstrucción del segmento anterior.

V14

## RECONSTRUCCIÓN DEL SEGMENTO ANTERIOR TRAS PERFORACIÓN OCULAR

Javier García Bella, Mercedes Molero Senosiain, Ricardo Cuiña Sardiña

*Introducción:* Paciente de 7 años de edad que acude tras sufrir un traumatismo penetrante con un lápiz en el ojo izquierdo. En la exploración presenta una agudeza visual de movimiento de manos, herida corneal perforante de 6 mm de longitud, corectopia pupilar con herniación del iris hacia herida corneal, restos hemáticos en cámara anterior y rotura de la cristaloides anterior con presencia de restos cristalinos en cámara anterior. No presenta cuerpo extraño intraocular.

*Técnica quirúrgica:* Se realiza una cirugía de urgencia para la reconstrucción del segmento anterior en un único procedimiento. Tras intento de reposición iridiana se realiza sutura corneal simultánea a la reposición iridiana para evitar el prolapso. Se comprueba estanqueidad de la herida sin herniaciones iridianas mediante OCT intraoperatoria. Tras cerrar la herida corneal se realiza la cirugía de cristalino tras comprobar con OCT intraoperatoria la rotura de la cristaloides anterior y la presencia de restos cristalinos en cámara anterior. El acto quirúrgico consiste en ampliación de la capsulorexis anterior con micropinzas tras el empleo de azul tripán y colocación de retractores iridianos. Se procede a la aspiración de restos cristalinos mediante irrigador/aspirador y a la implantación de una lente intraocular en el saco capsular. Finalmente se realiza la sutura de la incisión corneal.

Dos semanas tras la cirugía la paciente presenta un buen aspecto de la herida quirúrgica con un astigmatismo muy simétrico y una gran recuperación visual llegando a una agudeza visual mejor corregida de 0,8.

*Conclusiones:* La cirugía de reconstrucción del segmento anterior es un reto y debe ser realizada de forma urgente en caso de perforaciones oculares. La realización del procedimiento en un mismo acto quirúrgico puede facilitar una buena recuperación visual disminuyendo las secuelas posteriores sobre todo en el caso de población infantil.

V15

## RETIRADA DE CUERPO EXTRAÑO METÁLICO INTRAOCULAR TRAS PERFORACIÓN CON CLAVO

José Aguilar Falomir, Pere Climent Soler, Cristian Fernández Martínez

*Introducción:* Presentamos el caso de un paciente varón de 55 años que acude a nuestro servicio refiriendo herida penetrante corneal en ojo izquierdo con un clavo. A la exploración, se aprecia perforación corneal, hemovitreo y presencia de cuerpo extraño intraocular (CEIO) metálico.

*Técnica quirúrgica:* Se realiza sutura de la herida corneal con nylon 10/0 que permite mantener una cámara anterior estanca, se introduce el puerto de vitrectomía para la infusión y se cierra. A continuación, se aprecia afectación de cápsula anterior y cristalino, realizándose capsulotomía. Se realiza facoemulsificación, objetivándose también rotura en la cápsula posterior por el trauma penetrante, finalizando la eliminación de córtex con vitreotomo. Posteriormente se realiza introducción del resto de trócares y se intenta realizar vitrectomía central, pero se aprecia CEIO móvil cercano a mácula. Sin completar vitrectomía, se intenta retirada de CEIO con pinzas, pero éstas no permiten un buen agarre del mismo. Finalmente, se extraen las pinzas, se modifican manualmente y se retira el CEIO, anteriorizándolo a cámara anterior a través de la rotura de la cápsula posterior, para extraerlo por la incisión principal. Se completa la vitrectomía central y periférica, se revisa periferia con indentación, se rodea con láser las lesiones ocasionadas y se realiza intercambio con aire. Finalmente, se implanta lente de tres piezas en sulcus y se ajustan las suturas corneales para mantener la tensión adecuada.

*Conclusión:* La perforación ocular y la extracción de CEIOs precisa un abordaje quirúrgico temprano y una alta cualificación quirúrgica del cirujano. El abordaje requiere recursos y técnicas innovadoras como las presentadas en el caso, para sortear las dificultades ocasionadas por una perforación corneal que no coapta bien, rotura de la cápsula, y presencia de un CEIO metálico móvil demasiado grande para cogerlo con pinzas.

V16

### ENDO-K PRO EN DESCOMPENSACIÓN CORNEAL E HIPOTONÍA PERSISTENTE TRAS ESTALLIDO

Cristina Escorial Albendiz, Francisco Rosales Villalobos, M.<sup>a</sup> Asunción Sierra Marín, M.<sup>a</sup> Ángeles Morón Bernal

*Introducción:* Varón de 69 años con megalocórnea y glaucoma congénito e intervenido de trabeculectomía. AV CSC 0,2. Acude por caída desde propia altura con perforación ocular que precisa sutura escleral. Durante cirugía se produce pérdida importante de tejido iridiano. Tres días más tarde se realiza vitrectomía por desprendimiento de retina asociado a lensectomía por subluxación de complejo saco-lente, dejando en afaquia. Se realiza un implante secundario con LIO Carlevale e implante de iris Reper. Se produce desprendimiento coroideo que se resuelve sin precisar nueva intervención, sin embargo la presión se mantiene durante unos 10 meses en 5-6 mmHg. Desde accidente, AV se mantiene en PL sin mejoría.

*Técnica quirúrgica:* El paciente presenta un engrosamiento corneal severo (> 1000 micras de paquimetría) y pliegues gruesos, por lo que se plantea con pronóstico reservado PKP asociada a Endo-K PRO y VPP con aceite de silicona. La cirugía se realiza sin incidencias a pesar de las opacidades de medios presentes (en relación al estado de la córnea del paciente y la presencia del implante Reper). Se realiza primeramente la queratectomía para mejorar la visualización, posteriormente se realiza la VPP con aceite de silicona hasta objetivar normalización de tono ocular y posteriormente se coloca el implante intercorneal y se sutura el botón de PKP según técnica habitual.

*Conclusión:* Seis meses más tarde el botón corneal permanece transparente, la Endo-K mantiene pseudocámara y el paciente percibe mejora en su AV (AV CC 0.1). Los resultados, aunque aún precoces, muestran la buena evolución en un caso complejo con un alto riesgo de rechazo de una PKP convencional.

V17

### EXTRACCIÓN FÁCIL DE OZURDEX DE CÁMARA ANTERIOR

M.<sup>a</sup> Jesús Suárez Fernández, Beatriz Sarmiento Torres, Eugenio Pérez Blázquez, Alfonso López Alcaide

*Propósito:* Presentar una técnica fácil y rápida de extracción de Ozurdex de cámara anterior.

*Métodos:* Presentamos el caso de un paciente con edema macular secundario a cirugía complicada de catarata en la que se hizo un piggyback con lente en sulcus y lente en cámara anterior, refractario a tratamiento con AINES tópicos. Se insertó Ozurdex en cámara vítrea y a los 15 días migró a cámara anterior.

*Material:* Viscoelástico cohesivo, cuchillete de 2,2 mm, aguja de carga de 18 G y jeringa de 2 ml.

*Resultados:* La técnica es sencilla, barata, rápida e infalible para la extracción del Ozurdex sin que se rompa, queden restos o lesionemos el endotelio corneal.

V18

### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL *HEAVY EYE SYNDROME*

Marta Caparrós Osorio, M.<sup>a</sup> Esperanza García Romo, Esther Jiménez Morcuende, Isabel Saavedra Seijo

*Introducción:* El heavy eye syndrome es una complicación de la miopía magna que provoca un estrabismo restrictivo debido al alargamiento del globo ocular y el desplazamiento de los músculos extraoculares, especialmente el recto lateral (RL) y el recto superior (RS). Este proceso puede generar diplopía, limitación de los movimientos y desviación progresiva del ojo. El tratamiento quirúrgico busca restaurar la alineación ocular, siendo la técnica de Yokohama una opción eficaz. Esta técnica consiste en reposicionar los músculos desplazados mediante suturas sin resección, mejorando la mecánica muscular.

*Caso clínico:* Mujer de 74 años, con antecedentes de miopía magna en ambos ojos, mayor en ojo izquierdo (OI), ambliopía y glaucoma en OI, que acude a consulta por empeoramiento de su estrabismo. A la exploración se objetiva una endotropía (ET) de + 60 dioptrías prismáticas (DP) asociada a hipotropía (hT) de 20 DP y limitación de la abducción (ABD) y la elevación del OI. En el fondo de ojo se evidencia la presencia de coriorretinopatía miópica y estafiloma posterior en ambos ojos. Debemos realizar el diagnóstico diferencial con el *heavy eye syndrome* y el *sagging eye syndrome*. Pero dadas las características de la paciente y el gran estafiloma, se trata de un *heavy eye syndrome*. En quirófano, el test de ducción forzada en el recto medial (RM) fue positivo, y se realizó la técnica de Yokohama, uniendo el RS y el RL a 12 mm de su inserción respectivamente en el cuadrante temporal superior, asociada a una retroinserción del RM. En el postoperatorio inmediato presentaba una ET de +10 DP y 2DP de hT.

*Conclusión:* La técnica de Yokohama ha demostrado ser segura y efectiva, permitiendo corregir la desviación y mejorar la motilidad ocular. Aunque requiere experiencia quirúrgica y conocimiento anatómico preciso, ofrece resultados favorables, mejorando significativamente la calidad de vida de los pacientes afectados por este síndrome.

V19

## MONITORIZACIÓN ELECTROMIOGRÁFICA INTRAOPERATORIA DE NERVIOS OCULOMOTORES EN NEUROCIRUGÍA

Elena Hernández García, Pilar Pérez García, Nerea Castro Casal, Rosario Gómez de Liaño Sánchez

*Introducción:* La manipulación quirúrgica durante las cirugías de la base del cráneo pone en riesgo varios nervios craneales, incluidos los nervios motores III, IV y VI que inervan los músculos extraoculares. La identificación intraoperatoria de estos nervios puede ser muy difícil para el cirujano debido a la distorsión de la anatomía normal por los tumores. Para minimizar la posibilidad de daño de estos pares craneales, que puede resultar en una parálisis permanente, la monitorización con electromiografía espontánea y activada (EMG) puede ayudar a guiar al cirujano para localizar los nervios y evitar cualquier lesión en ellos durante la resección.

*Caso clínico:* Presentamos en caso clínico de una mujer de 42 años sometida a una cirugía por un meningioma en la base del cráneo. Se realizó monitorización intraoperatoria del nervio oculomotor y del nervio abducens mediante el registro de la actividad muscular espontánea y el potencial de acción muscular compuesto. Para el registro electromiográfico se empleó un electrodo con doble aguja insertadas a través de la conjuntiva en los músculos extraoculares recto medio y recto lateral. El especialista en Neurofisiología confirmó la correcta colocación de los electrodos pre e intraoperatoria mediante estimulación de los mismos y el registro de la actividad electrofisiológica.

*Conclusión:* La monitorización neurofisiológica intraoperatoria de los nervios craneales extraoculares no se realiza habitualmente debido a la dificultad técnica y al riesgo, la fiabilidad del resultado y la predictibilidad de la función postoperatoria de estos nervios. El registro electromiográfico es efectivo y esencial como una herramienta de mapeo para la localización intraoperatoria, monitorización e identificación de los nervios motores oculares en riesgo de sufrir lesiones irreversibles. Cambios asociados con la alteración de la función motora permitirán modificar el curso quirúrgico para prevenir lesiones y mejorar la seguridad del paciente.

V20

### **PLACA CAPSULAR ANTERIOR EN CATARATA PEDIÁTRICA. «CAPSULORREXIS EN PÉTALOS DE FLOR»**

Delia Hernández Pérez, Andrea Díaz Barrón, José Miguel Hervas Hernandis, Elena Gracia Rovira

*Introducción:* La placa capsular anterior aparece en un 11 % de las cataratas pediátricas y es un reto quirúrgico añadido a la cirugía. Las cataratas en edad infantil tienen unas peculiaridades que las hacen diferentes a las cataratas del adulto. Una cápsula anterior más elástica, un núcleo blando y la necesidad de una capsulotomía posterior, obligan a técnicas quirúrgicas específicas. La fibrosis de la cápsula anterior, confiere una mayor dificultad añadida.

Se presenta el caso clínico de la cirugía de la catarata en un niño de 5 años con catarata tras panuveítis bilateral por citomegalovirus en un cuadro clínico de inmunosupresión.

*Técnica quirúrgica:* Se describe la capsulotomía con tijeras de retina 23G «en pétalos de flor» tras el fracaso con cistitomo y vitreotomo. Se procede a la aspiración del núcleo del cristalino de forma manual y automatizada, y se presenta la capsulotomía posterior con vitreotomo posterior pero con iluminación externa, como alternativa para una mejor visualización.

*Conclusión:* La capsulorrexis con tijeras «en pétalos de flor» es una buena alternativa para la realización de la capsulorrexis en casos de placa fibrótica de la cápsula anterior donde fracasan las técnicas habituales.

V21

### **RETROCESO DE MÚSCULO RECTO INFERIOR, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO**

Carmen Cabedo Claramonte, Ana Guinot Saera, M.<sup>a</sup> Carla Balmaseda Álvarez, Claudia Hernández Morales

*Introducción:* Los estrabismos verticales pueden tener múltiples causas y pueden tratarse interviniendo diferentes músculos. Es importante conocer las distintas técnicas para poder ofrecer a nuestros pacientes el tratamiento indicado en su caso concreto. Se expone la técnica quirúrgica del retroceso del músculo recto inferior a partir de un caso clínico. Se trata de una mujer de 54 años con diplopia vertical por hipotropía del ojo izquierdo tras un debilitamiento del músculo oblicuo inferior por una paresia del oblicuo superior. Durante 15 años la diplopia ha sido tratada con prismas, pero en la actualidad ha empeorado y se decide tratamiento quirúrgico. Tras la cirugía la paciente se encuentra sin diplopia en posición primaria.

Este caso se considera interesante ya que se trata de una reintervención en la que interviene un componente restrictivo por la contractura muscular y se interviene el recto inferior, que no es el músculo que habitualmente se trata en los estrabismos verticales.

V22

## TÉCNICA DE CUENOD-NATAF PARA CORREGIR EL ENTROPIÓN DEL PÁRPADO SUPERIOR EN ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED

Amparo Lanuza García, Mauro Barba Beltrán, María Huertas Morales, Diego Serrano Fernando

*Introducción:* El entropion de párpado superior se produce por acortamiento de la lamela posterior debido generalmente al tracoma, pero puede producirse por diversas patologías como la enfermedad injerto contra huésped (EICH). El tratamiento quirúrgico no es fácil y debemos recurrir a cirugías no habituales en nuestro medio.

*Técnica quirúrgica:* Paciente varón de 56 años diagnosticado de Micosis Fungoide con trasplante alogénico haploidéntico que desarrolla una EICH con afectación cutánea, renal y oftalmológica.

Acude por presentar síntomas de ojo seco grave y entropion del párpado superior del ojo izquierdo. Fue intervenido mediante la técnica de Cuenod-Nataf modificada. Se trata de un procedimiento utilizado en cirugías del entropion del párpado superior tracomatoso, y reportada a principios del s. XX. Se realiza actualmente en países con pacientes de tracoma.

Se efectúa por vía anterior, respetando la conjuntiva, con una separación de las dos láminas por una incisión en la línea gris y otra en el pliegue palpebral, exponiendo el tarso y realizando una cuña tarsal con una profundidad de 1 a 1,5 mm. Esta cuña se extirpa evitando perforar la conjuntiva.

Se dan tres puntos colchonero equidistantes a lo ancho del párpado tensando cada sutura.

En el postoperatorio no hay triquiasis, queratitis ni lagofthalmos. Y al año se observa buena evolución. Conclusión: El entropion de párpado superior es infrecuente y se debe al acortamiento de la lamela posterior, en nuestro caso está ocasionado por la EICH, que produce una alteración de la conjuntiva por ojo seco grave.

El tratamiento se dirige a la etiología del proceso y combatir el ojo seco, pero cuando se producen cambios en la anatomía del párpado debemos realizar cirugías para solucionar el daño estructural.

Es necesario recuperar técnicas quirúrgicas, quizá obsoletas en nuestro entorno, para poder proceder adecuadamente.

V23

### **DISECCIÓN DESCÉMÉTICA TIPO II EN DOS CASOS DE DALK**

Pilar Pérez García, José A. Gegúndez Fernández, Rosalía Méndez Fernández, Bárbara Burgos Blasco

*Introducción:* La queratoplastia lamelar anterior profunda (DALK) es permite preservar la membrana de Descemet y el endotelio del paciente. En técnicas asistidas con aire o viscoelástico, la creación de una burbuja de aire en el plano predescemético (tipo I) es el método más utilizado para facilitar la disección profunda, aunque ocasionalmente puede generarse una burbuja tipo II, entre la capa de Dua y la membrana de Descemet. Presentamos dos casos en los que se evidenció una disección tipo II durante la realización de DALK de forma manual.

*Técnica quirúrgica:* Este vídeo muestra los signos que permiten identificar el plano de disección tipo II durante una DALK manual. Se ejemplifica con dos casos quirúrgicos. En primer lugar, un paciente pediátrico con distrofia estromal congénita, en quien tras alcanzar este plano de disección se produjo un estallido espontáneo de la Membrana de Descemet que requirió la reconversión a una queratoplastia penetrante. En segundo lugar, se presenta el caso de un adulto con distrofia de Schnyder reintervenido por persistencia y avance de los depósitos de la distrofia en el lecho residual tras una Femto DALK en patrón anvil. En este caso, se alcanzó este mismo plano de disección, pudiendo completar la cirugía sin perforación, implantando un injerto lamelar.

*Conclusión:* La disección tipo II también puede lograrse de forma manual al realizar una DALK. El reconocimiento de signos como el abombamiento de la Descemet, la apariencia brillante del plano de disección y la ausencia de resistencia al avance de las espátulas de disección es fundamental para evitar complicaciones. Estos hallazgos subrayan la importancia de una técnica meticulosa y una observación quirúrgica cuidadosa en la disección estromal profunda.

No existe interés comercial en el contenido presentado.

V24

## QUERATOPLASTIA LAMELAR ANTERIOR Y RECONSTRUCCIÓN DEL FÓRNIX CON INJERTO DE MUCOSA ORAL EN EL PTERIGION RECURRENTE

Mayte Ariño Gutiérrez, Bárbara Burgos Blasco, Pilar Pérez García, Ángel Romo López

*Introducción:* El pterigion recurrente representa un reto quirúrgico significativo debido a su alta tasa de recurrencia y complicaciones asociadas.

*Técnica quirúrgica:* Presentamos el caso de un hombre de 70 años con una tercera recurrencia de pterigion en el ojo derecho, complicada por simbléfaron y acortamiento del fórnix inferior con una agudeza visual de cuenta dedos. El paciente ya había sido sometido a dos autoinjertos conjuntivales previos y un injerto de mucosa oral. La intervención quirúrgica incluyó la escisión del pterigión, el raspado corneal, la queratoplastia lamelar periférica y la reconstrucción del fórnix con injerto de mucosa oral. Se utilizó un trasplante de membrana amniótica como tratamiento adyuvante. En el postoperatorio, el paciente mostró una mejora progresiva de la transparencia corneal y la agudeza visual (20/50).

*Conclusiones:* Este caso destaca el papel de la queratoplastia lamelar periférica en el pterigión recurrente con afectación corneal y reconstrucción del fórnix.

V25

## QUERATOPLASTIA PROTEGIDA POR PSEUDOCÁMARA ASOCIADA AL IMPLANTE DE UNA PRÓTESIS INTERCORNEAL

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

*Introducción:* La queratoplastia protegida por pseudocámara con implante intercorneal de Endo-K es una técnica descrita en 2018. Desde entonces se han realizado alrededor de 100 implantes. La idea es colocar una córnea donante de espesor total sobre un lecho estromal obtenido mediante disección manual. Entre la córnea donante y la receptora se coloca un dispositivo de material plástico con el objetivo de evitar el contacto entre ambas. En los últimos 4 años llevamos realizado una modificación en la técnica quirúrgica que pasamos a describir (2 años de seguimiento).

### *Técnica quirúrgica:*

- Paso 1: Trepanación parcial de la córnea receptora de 7,75 mm de diámetro.
- Paso 2: Disección lamelar hasta llegar a nivel pre-descemético (50-100 micras).
- Paso 3: Creación de un bolsillo pre-descemético de 8,50 mm de diámetro.
- Paso 4: Colocación del dispositivo plástico EndoK sobre el lecho estromal residual, introduciendo el anillo periférico en el bolsillo.
- Paso 5: Colocación y sutura de la córnea donante de 8,25 mm de diámetro en la ventana receptora. Conclusión: La queratoplastia protegida por pseudocámara asociada al implante de una prótesis intercorneal es un procedimiento eficaz y seguro para el tratamiento de la patología corneal grave en la que un trasplante penetrante tenga mal pronóstico.

V26

## QUERATITIS ULCERATIVA PERIFÉRICA COMPLICADA: MANEJO TERAPÉUTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Paula García Valentín, Marc Tort Lacambra, Cristina Parés Alfonso, Javier Puig Galy

*Introducción:* La queratitis ulcerativa periférica (PUK) agrupa varias patologías cuya característica común es el adelgazamiento corneal periférico. Frecuentemente se relaciona con enfermedades autoinmunitarias en las que la inflamación subyacente condiciona la destrucción progresiva del estroma corneal. El tratamiento suele ser conservador con lubricación, lente de contacto terapéutica (LTC), antibioterapia y medicación antiinflamatoria; pero en casos complicados, como el presente, puede requerir intervención quirúrgica.

*Técnica quirúrgica:* Se realiza paracentesis a las 10 horas e inyección de viscoelástico en cámara anterior. Con ayuda del disector corneal y tijeras Vannas se realiza queratectomía penetrante sectorial con el objetivo de conseguir bordes regulares para correcta aposición con el injerto. Se realiza medición del defecto mediante compás. Se prepara injerto corneal de donante de 6x1 mm, en forma de media luna utilizando trépano con aspiración. Sutura del injerto adaptado a lecho receptor mediante nueve puntos simples Nylon 10.0. Comprobación de correcta presión intraocular postoperatoria y ausencia de fugas mediante test de fluoresceína. Inyección de cefuroxima intracamerular.

*Conclusiones:* La PUK es una enfermedad inflamatoria que cursa con adelgazamiento corneal periférico y en casos severos, puede derivar en perforación ocular haciendo necesaria la cirugía.

La queratoplastia penetrante sectorial es una opción quirúrgica viable si la afectación es localizada, si bien requiere una planificación cuidadosa y un seguimiento adecuado para garantizar el éxito y minimizar las complicaciones.

V27

### MANEJO 360° DE LA CAUSTICACIÓN DE LA SUPERFICIE OCULAR

Elena Arias García, Andrea Fernández Soria, Miguel Roselló Crespo, Ester Fernández López

*Introducción:* Se presenta el caso clínico de un paciente con una causticación ocular grave secundaria a exposición con sosa cáustica en el entorno laboral. La afectación severa de la superficie ocular requirió un abordaje integral y prolongado en el tiempo. Aunque el tratamiento inicial en urgencias es bien conocido, este vídeo se centra en el manejo quirúrgico de las secuelas a largo plazo. Técnica quirúrgica: El foco principal del vídeo es la descripción detallada del tratamiento quirúrgico de la insuficiencia límbica secundaria a la causticación. Se expone paso a paso la técnica de trasplante de células madre límbicas tipo SLET (Simple Limbal Epithelial Transplantation), destacando los aspectos clave para su correcta ejecución, desde la preparación del injerto hasta su colocación y fijación sobre la superficie ocular previamente acondicionada. Se incluyen imágenes quirúrgicas ilustrativas y se comentan los puntos críticos del procedimiento, así como las consideraciones técnicas para optimizar los resultados.

*Conclusión:* La técnica SLET representa una opción eficaz y reproducible en el manejo de la insuficiencia límbica secundaria a causticaciones graves. El caso presentado muestra una evolución favorable, con estabilidad de la superficie ocular y recuperación funcional tras más de un año de seguimiento. Este vídeo tiene como objetivo compartir la experiencia quirúrgica y servir de guía práctica para oftalmólogos ante casos similares.

V28

### **CÓRNEA Y ESCLERA, CUANDO EL TRASPLANTE ES LA ÚNICA SOLUCIÓN**

Francisco Javier Cordero Bellido, Ana Muñoz Morales, José Vicente Guijarro Ambel, Fernando López Herrero

*Introducción:* Se describe la técnica de un trasplante de polo anterior (córnea y esclera). Se trata de un paciente con queratoplastia penetrante e iris artificial por perforación corneal previa, diagnosticado de absceso corneal infectado refractario a diferentes tratamientos tópicos, el cual sufre una perforación corneal sobre la lesión abcesificada.

*Técnica quirúrgica:* Debido a la gran afectación limbar por la infección se decide realizar un trasplante de córnea, limbo y esclera perilimbar. Tras realizar una peritomia conjuntival 360°, y una exploración quirúrgica de la lesión se obtienen medidas de la zona infectada. Posteriormente se modifica el botón corneal donante de forma que se elimina la esclera sobrante. Se realiza la extracción de la córnea y limbo infectado y limpieza de la cámara anterior y del iris artificial. Se realiza sutura del trasplante con mantenimiento de la cámara anterior, y cierre de la peritomia.

*Conclusión:* Con la finalidad de conservar el globo ocular se decidió realizar un trasplante en caliente de córnea esclera y limbo. Actualmente el paciente conserva todas las estructuras oculares, sin sintomatología asociada y con una agudeza visual de movimiento de manos

V29

### «SAFETY NET DMEK»: TÉCNICA DE RED DE SEGURIDAD PARA PREVENIR LA CAÍDA DEL INJERTO EN OJOS VITRECTOMIZADOS O AFÁQUICOS

Sofía Escobar Grässel, Ramón Calvo Andrés, Lucía Mata Moret, Isabel Soler Sanchis

*Introducción:* La «Safety Net DMEK» Technique ha sido desarrollada como variante quirúrgica para ojos con alto riesgo de pérdida del injerto, como vitrectomizados o afáquicos, en los que la ausencia de soporte posterior dificulta la manipulación endotelial. Consiste en la colocación de una red de sutura en cámara anterior, anclada cuidadosamente por delante del ángulo iridocorneal para evitar su lesión. Esta red actúa como barrera física temporal durante la inserción y el despliegado del injerto. En el caso presentado, un paciente vitrectomizado con lente preiridiana tipo Worst, esta estrategia permitió una inserción controlada y un despliegado eficaz del injerto DMEK.

*Técnica quirúrgica:* Tras la preparación del injerto, se construyó una red de seguridad 6x6 con sutura de prolene 10-0, anclada circunferencialmente justo por delante del ángulo, evitando comprometer su integridad. Esta red crea un plano que impide la caída del injerto al segmento posterior. El injerto fue introducido entre la red y la lente con una jeringa de 10 cc, aunque se recomienda una de 2 cc para un control más preciso. Para facilitar el despliegado en cámara profunda y sin soporte vítreo, se inyectó suero fisiológico al vítreo con jeringa de 5 cc, generando presión interna que ayudó a posicionar el injerto contra la córnea. Se utilizó SF6 al 20 % como tamponante, verificando presión intraocular adecuada al finalizar.

*Conclusión:* La técnica constituye una opción segura y eficaz en situaciones de alto riesgo de caída del injerto. La red anclada por delante del ángulo proporciona una barrera mecánica que previene la migración y facilita el despliegado. El uso de suero fisiológico al vítreo y jeringas de bajo volumen optimiza el control intraoperatorio. Esta técnica amplía las posibilidades del DMEK en casos complejos.

V30

### TRATAMIENTO DE EPITELIZACIÓN MASIVA Y RECIDIVADA DE LA INTERFASE

Melania Cigales Jirout, Jairo Hoyos Chacón, Jairo E. Hoyos Campillo

*Introducción:* Mujer con antecedentes de femtolasik y retratamiento del defecto residual levantando el flap a los 2 años. Refiere epitelización de la interfase, que trataron a los 5 meses de la segunda cirugía. Acude a nuestra clínica 1 mes después, presentando un gran crecimiento epitelial en la interfase recidivado.

*Técnica quirúrgica:* Se realizó cirugía con anestesia tópica, levantado el flap y raspando el epitelio del lecho y de la cara posterior del flap con ayuda de un escarificador e irrigando con solución salina para facilitar el despegado. Se detectó el borde del flap enrollado (posiblemente la causa de la complicación) y se solucionó raspando con el escarificador. Se realizó lavado profuso de la interfase con irrigación y aspiración para evitar una siembra epitelial. Al finalizar la cirugía el flap está edematizado, se realizó un planchado con una espátula para favorecer la coaptación y se desepitelizó el lecho hasta el limbo para disminuir el riesgo de una nueva recidiva. La cirugía se prolongó más de 1 hora. Se colocó una lente de contacto terapéutica y se pautaron colirios de antibióticos, esteroides, midriáticos y lágrimas. La paciente recuperó su visión de 20/20, que mantiene 6 meses después y sin signos de recidiva.

*Conclusión:* Los puntos fundamentales para tratar una epitelización recidivada son: Realizar una limpieza exhaustiva del lecho y de la cara estromal del flap, asegurarse de no dejar ningún borde enrollado, irrigación aspiración para evitar la siembra epitelial, favorecer la coaptación del flap y desepitelizar el lecho hasta el limbo para que no se introduzca el epitelio debajo de un flap edematizado.

V31

### RE-DMEK EN PACIENTE CON TUBO VALVULAR. UTILIDAD DE OCT DE SEGMENTO ANTERIOR

Pedro Arriola Villalobos, Mayte Ariño Gutiérrez

*Introducción:* El trasplante endotelial de membrana de Descemet (DMEK por su acrónimo en inglés) se ha convertido en la técnica de referencia en el trasplante endotelial. El trasplante endotelial tipo DSAEK se suele indicar hoy en día para casos en los que se presume mayor dificultad en la técnica quirúrgica con DMEK, como pueden ser cámaras estrechas, sinequias iridocorneales, tubos valvulares, etc.

*Técnica quirúrgica:* Se presenta el vídeo de una reintervención de DMEK en ojo izquierdo (OI) indicada por fracaso tardío del injerto, 6 años después del trasplante primario. Se trata de una mujer de 49 años, pseudofáquica, con glaucoma juvenil bilateral y muy baja visión en el ojo adelfo por glaucoma terminal y queratopatía bullosa. En el OI había sido operada de glaucoma en dos ocasiones, incluyendo una válvula de Ahmed retroiridiana.

El vídeo muestra las diversas maniobras realizadas, incluyendo algunas especiales por las características del ojo a intervenir: Rotura de sinequias anteriores, retirada del rulo endotelial previo, inyección y desplegamiento del nuevo rulo en una cámara anterior estrecha, presurización del ojo con un tubo valvular en cámara posterior. Todo ello con la ayuda de OCT de segmento anterior, que permite visualizar en tiempo real la cámara anterior y el rulo endotelial, siendo diferencial en algunas de esas maniobras.

La cirugía resultó exitosa, con agudeza visual sin corrección a los dos meses de 0,5.

*Conclusión:* El trasplante endotelial tipo DMEK puede emplearse con buen resultado en ojos con características especiales, siempre que la técnica quirúrgica se adapte a ellas. La OCT de segmento anterior supone de indudable ayuda en este tipo de procedimientos.

V32

### TRAUMATISMO PENETRANTE CON SORPRESA: EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR

Amaia de Madariaga Azcuenaga, M.<sup>a</sup> Fe Fernández-Reyes Luis, Adrián Lodaes Gómez, Teresa Javaloy Vidal

*Introducción:* Varón de 42 años, refiere traumatismo en ojo derecho (OD) con una agudeza visual (AV) de 0,5, siendo la del ojo izquierdo (OI) de 0,63. En polo anterior se objetiva una laceración corneal de espesor completo de 1,5 mm en hora II, sin seidel, con desinserción iridiana superior, rotura de cristaloides anterior y catarata cortical anterior y posterior. Siendo la funduscopia no valorable, se solicita una tomografía computarizada que evidencia un cuerpo extraño (CE) intraocular metálico en retina temporal.

*Técnica quirúrgica:* Se sutura la laceración corneal con Nylon 10/0, se realiza una paracentesis nasal superior, se introduce colorante azul y viscoelástico en cámara anterior. Se conecta la vía de infusión a través de esclerotomía 25G temporal inferior a 4 mm. Se realiza la incisión principal, capsulorrexis y aspiración de cristalino. Se observa rotura de cápsula posterior. Se sutura la incisión principal con Nylon 10/0. Se aspiran restos de masas corticales con vitrectomo, se realiza vitrectomía central y periférica para posteriormente desprender la hialoides posterior. Se objetiva desprendimiento de retina regmatógeno en retina periférica temporal superior con agujero en herradura traumático con CE metálico adyacente. Se inyecta perfluorocarbono en polo posterior, se captura CE con vitrectomo en modo aspiración que se superficializa. Se introduce pinza de retina a través de paracentesis para reflotar el CE a cámara anterior, se retira vitrectomo y se introduce una segunda pinza de retina a través de la incisión principal para extraer el CE. Se re-sutura la incisión principal. Se aspira el perfluorocarbono líquido, se administra láser argón alrededor de desgarro y se realiza fotocerclaje 360°. Finalmente, se implanta una lente intraocular de 3 piezas en sulcus, se retiran los trócares y se realiza un intercambio líquido- aire- SF6 al 20 %.

*Conclusión:* A los 5 meses de la cirugía, la AV de OD es de 0,7, el polo anterior está estable y la retina aplicada.

V33

### HEMORRAGIA MACULAR EN PACIENTE CON DMAE, TRATADA MEDIANTE INYECCIÓN SUBRETINIANA DE RTPA

Sara García Caride

*Introducción:* Varón de 60 años con degeneración macular exudativa asociada a la edad (DMAE), en seguimiento y tratado con anti-VEGF. Consulta por pérdida de agudeza visual brusca en el ojo derecho. La agudeza visual (AV) era de 0,5 antes del evento, descendiendo a cuenta dedos tras la hemorragia. La retinografía y la tomografía de coherencia óptica (OCT) objetivaron el sangrado. Se indicó tratamiento quirúrgico con inyección subretiniana de rTPA (alteplasa) intraocular al 250\_µg/ml, aceptado por el paciente.

*Técnica quirúrgica:* Vitrectomía pars plana 23G, con inducción del desprendimiento del vítreo posterior. Se inyectaron 0,05\_ml de alteplasa subretiniana con cánula de 41G, seguida de intercambio fluido-aire y gas SF6 al 20 % como agente tamponador. Se indicó reposo estricto en decúbito prono durante 3 días, junto a tratamiento tópico con corticoides y antibióticos.

*Conclusión:* La hemorragia se reabsorbió progresivamente sin complicaciones. La OCT mostró recuperación anatómica y la AV se recuperó, manteniéndose estable en 0,5. La eliminación precoz de la sangre subretiniana con alteplasa y gas facilita el desplazamiento del coágulo, preservando función visual. El tiempo de evolución es clave, siendo los primeros días la ventana terapéutica más eficaz.

V34

## MANEJO QUIRÚRGICO DE ENDOFTALMITIS ENDÓGENA CON SOSPECHA DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA ASOCIADO

Pere Climent Soler, Cristian Fernández Martínez, Samira López Jiménez, José Aguilar Falomir

*Introducción:* Presentamos el caso de un paciente de 71 años que acude a urgencias de oftalmología por pérdida de agudeza visual y miodesopsias desde hace dos días. No tiene antecedentes oftalmológicos y solo destaca episodio de cólico nefrítico hace 5 días.

A la exploración agudeza visual de movimiento de manos con tyndall anterior y vitritis densa. Durante el seguimiento, evolución tórpida e imagen ecografía sugestiva de desprendimiento de retina superior. Se realiza intervención y toma de muestras. Tras el estudio sistémico y las muestras vítreas se concluyó que el origen era una infección por E. Coli de origen urinario. Se inicio el tratamiento dirigido con mejora de la inflamación ocular y agudeza visual.

*Técnica quirúrgica:*

- Peritomía conjuntival y disección conjuntiva y tenon 360°
- Aislamiento y captura de músculos rectos.
- Colocación de trocares de 25G y luz de chandelier.
- Toma muestra de humor acuoso y facoemulsificación del cristalino con retroiluminación por chandelier y colocación de lente intraocular.
- Toma de biopsia vítrea en seco.
- Vitrectomía central y periférica, levantamiento de hialoides posterior.
- Toma de biopsia de múltiples infiltrados organizados.
- Intercambio con aire y endolaser sobre zona de necrosis retiniana superior.
- Revisión de periferia e intercambio con silicona.
- Sutura de esclerotomías y cierre conjuntival.

*Conclusión:* Este caso de endoftalmitis endógena resalta la importancia de una sospecha diagnóstica temprana, incluso en ausencia de factores de riesgo identificables, para diferenciarla de cuadros como la panuveítis. Aunque clínicamente pueden parecer similares, el manejo difiere de manera importante. Además, el manejo interdisciplinar, involucrando oftalmología, infectología y medicina interna, resulta esencial para identificar el foco sistémico de la infección, optimizar el tratamiento antimicrobiano y mejorar el pronóstico visual y sistémico del paciente.

V35

### **EXTRACCIÓN DE SILICONA INTRAOCULAR DE ALTA DENSIDAD: SIMPLIFICANDO UN PROCEDIMIENTO DESAFIANTE**

Mireia García Bermúdez, Lorenzo López Guajardo, Javier García Bardera, Fiorella Cuba Sulluchuco

*Introducción:* La extracción de silicona intraocular de alta densidad puede representar un desafío significativo, especialmente para cirujanos inexpertos. A diferencia de la silicona convencional, esta tiende a concentrarse en el polo posterior debido a que su densidad es mayor que la del agua. Si durante el procedimiento la burbuja de silicona se separa por una interrupción en el flujo de aspiración de la cánula de extracción y cae al polo posterior, retirarla sin causar complicaciones puede ser complicado.

*Técnica quirúrgica:* En este video vemos como durante la extracción de la silicona intraocular nos cae una burbuja al polo posterior. Utilizando un catéter de 18G, previamente aumentando la esclerotomía con un estilete de 20G, es posible extraer de forma efectiva, con rapidez, la burbuja de silicona que ha caído al polo posterior. Posteriormente las burbujas más pequeñas que quedan las extraemos con la cánula de extracción que tiene una punta de silicona que nos permite acercarnos más a la retina. Esta técnica es muy accesible, pues emplea un instrumento comúnmente disponible en quirófano y de bajo coste. Además, permite realizar la extracción de manera segura, ya que su extremo distal tiene una punta roma que minimiza el riesgo de daño en caso de contacto con la superficie retiniana.

Por último, este instrumento facilita una extracción más rápida y eficaz en comparación con la cánula de 23G, dado que su mayor diámetro mejora la dinámica de fluidos y optimiza el procedimiento, ya que si lo realizáramos con la cánula de 23G tardaríamos mucho más.

*Conclusión:* Esta técnica resulta simple y efectiva para la aspiración de silicona de alta densidad utilizando un catéter de 18G, reduciendo el tiempo quirúrgico y los riesgos asociados al procedimiento.

V36

## TÉCNICA DEL MANGUITO DE SILICONA: UNA NUEVA TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA SUTURAR LENTES INTRAOCULARES LUXADAS

Álvaro Fernández-Vega González

*Introducción:* Se presenta una nueva técnica quirúrgica para suturar a esclera lentes intraoculares (LIO) luxadas, válida para LIO de tres piezas y rígidas.

*Técnica quirúrgica:* Comenzamos realizando vitrectomía 23G. A continuación, se llevan a cabo dos esclerotomías a 2 mm del limbo y separadas 3 mm una de la otra, tanto a las 3 como a las 9 horas. Se corta la punta de silicona de una cánula de extrusión, obteniéndose un manguito de silicona de unos 3 mm. Seguidamente, se enhebra un prolene de 10-0 con aguja recta a través del manguito de silicona, y se corta la aguja. Se introduce un extremo de la sutura junto con el manguito de silicona en la cavidad vítrea (CV), a través del trocar, y se exterioriza la sutura a través de una de las esclerótomías ( a las 9 horas), dejando el manguito en la CV. El otro extremo de la sutura también se introduce en la cavidad vítrea y se exterioriza por la otra esclerotomía del mismo lado (a las 9 horas) de tal forma que queda el manguito de silicona en la cavidad vítrea suturado a esclera. A continuación, se reflota la LIO, y se introduce el háptico por el manguito de silicona. Se repite la misma operación en el lado contralateral (a las 3 horas) con el segundo háptico. Se centra la LIO traccionando suavemente de los extremos de las suturas, y una vez que esta en la posición correcta se anudan los extremos de las suturas a las 3 y a las 9 horas. De esta forma tenemos la LIO suturada a la esclera a través de los hápticos que están metidos en el manguito de silicona, lo que le aporta mayor estabilidad y menor movimiento de la LIO.

*Conclusiones:* La técnica del manguito de silicona es una nueva técnica quirúrgica que permite suturar LIOs luxadas sin necesidad de extraer la lente y aportando mayor estabilidad y menor tilting a la LIO.

V37

## ESTALLIDO OCULAR

Isabel Relimpio López, Purificación Piñas García, Francisco Javier Hernández Martínez, Belén Domínguez García

*Introducción:* Varón de 31 años sufre explosión de petardo sobre ojo izquierdo con ruptura globo ocular y salida parcial de contenido ocular. Tamaño de la herida 9 x 7 mm, localizada a 3 mm de la inserción del músculo recto externo. Quemosis hemorrágica e hiphema completo. Hipotonía extrema, no percepción de luz.

*Técnica quirúrgica:* Se realiza de urgencias sutura del globo ocular. En un segundo tiempo, cuando ya está cicatrizada la herida escleral, abordaje vitreo retiniano. Cirugía de catarata, eliminación hemovitrío severo con gran fibrosis y desprendimiento de retina total, parcialmente incarcerada en la herida traumática que llegaba hasta área macular. Silicona intraocular. Evolución satisfactoria con preservación de globo ocular, visión de movimiento de manos lateral y tensión ocular mantenida.

*Conclusiones:*

- La ruptura o estallido ocular es una urgencia quirúrgica.
- La sola sospecha de una ruptura es criterio de abordaje quirúrgico diagnóstico y terapéutico.
- Severa morbilidad con déficit visual y múltiples procedimientos quirúrgicos.
- Precisa abordaje sistematizado de la 1º cirugía para suturar el globo ocular y reparación posterior precoz (mínimo esperar 10 días cicatrización escleral), no está bien definido la secuencia de tiempo.
- Si sospecha de DR, intervención precoz, si herida quirúrgica y los medios lo permiten.
- Seguimiento en el postoperatorio inmediato debe ser muy estrecho para detectar complicaciones habituales como hipotonía, DR u oftalmía simpática.

Este tipo de casos nos demuestra que hay que luchar hasta el final y no dar por perdida ninguna situación, por muy mal pronóstico que tengamos de entrada.

V38

### IMPLANTE XEN® VÍA PARS PLANA EN PACIENTE VITRECTOMIZADO PARA EL MANEJO DE HTO INDUCIDA POR CORTICOIDES

Marta Moro Muñiz, Luis Gutiérrez Arias, Ana Adloff Alonso, Agnieszka Janicka Caulineau

*Introducción:* El edema macular diabético (EMD) refractario suele requerir tratamientos intravítreos repetidos, como los implantes de dexametasona. En algunos pacientes, especialmente corticorrespondedores, esto puede inducir hipertensión ocular (HTO). Presentamos el caso de un varón de 71 años con EMD bilateral en seguimiento desde 2016, que fue tratado con aflibercept mensual e implantes de dexametasona cada 4 meses. En agosto de 2024, sufrió un desprendimiento de retina regmatógeno en ojo izquierdo (OI), siendo intervenido con vitrectomía posterior pars plana (VPP) y taponamiento con silicona pesada. Posteriormente, desarrolló HTO en OI, refractaria al tratamiento médico máximo. Se decidió implantar un dispositivo Xen® vía pars plana como alternativa quirúrgica adaptada a su situación anatómica.

*Técnica quirúrgica:* Aprovechando que el paciente ya estaba vitrectomizado, se implantó el dispositivo Xen® a través de una incisión escleral a 3,5 mm del limbo, en cuadrante superonasal, dirigiendo el implante hacia el espacio subconjuntival. No se utilizó mitomicina C. Se confirmó la correcta posición del dispositivo y la formación de ampolla funcional al finalizar el procedimiento. La cirugía se realizó sin complicaciones.

*Conclusión:* El implante Xen® vía pars plana puede ser una opción quirúrgica eficaz y segura en pacientes vitrectomizados con HTO inducida por corticoides. Es una técnica sencilla, mínimamente invasiva y potencialmente útil en contextos donde otras vías de drenaje pueden no ser viables. En este caso, a los tres meses postoperatorios, el paciente presenta una PIO controlada sin tratamiento. Son necesarios más estudios y seguimiento a largo plazo para validar esta estrategia.

V39

## TÉCNICAS DE DRENAJE TRANSESCLERAL DEL LÍQUIDO SUBRETINIANO EN CIRUGÍA ESCLERAL DEL DESPRENDIMIENTO DE RETINA

Lorenzo López Guajardo, Maximino Abrales López-Veiga

*Introducción:* El drenaje transescleral del líquido subretiniano (LSR) en la cirugía escleral para el desprendimiento de retina (DR) resulta especialmente útil en casos seleccionados, como DR bullosos, DR de larga evolución, DR de localización inferior, o en pacientes con disfunción del epitelio pigmentario de la retina (EPR). También está indicado en pacientes glaucomatosos que no toleran aumentos de presión intraocular, o cuando no se ha identificado el desgarro retiniano. Esta maniobra puede optimizar el resultado funcional, reduciendo el tiempo de recuperación y la necesidad de posicionamiento postoperatorio.

*Técnica quirúrgica:* La localización óptima de la punción es el área con mayor acúmulo de LSR, evitando zonas bajo músculos rectos, cercanas a las venas vorticosas, o a las 3 y 9 horas, por riesgo de lesionar complejos neurovasculares ciliares largos. Se debe evitar la proximidad a desgarros grandes para minimizar la salida de vítreo por la esclerotomía.

En el video presentamos cuatro posibilidades:

- Técnica en un paso: Punción directa con: O aguja de 25G doblada acoplada a diatermia o punta de Colorado insertada en el mango de la diatermia.
- Técnica en dos pasos: Incisión escleral radial hasta plano coroideo seguida de: O punción coroidea con aguja de 30G o perforación mediante láser.

*Conclusiones:* El drenaje transescleral de LSR, cuando se realiza correctamente, permite disminuir los errores de paralaje en la colocación del explante, acelerar la reeplicación retiniana, y, en muchos casos, eliminar la necesidad de posicionamiento postoperatorio con la consiguiente ventaja para el enfermo. Es una técnica segura y eficaz en escenarios clínicos bien seleccionados.