

# COMUNICACIONES EN PANEL



Libro de resúmenes



CPCC001

### **ABORDAJE QUIRÚRGICO DE CATARATA TRAUMÁTICA CON AVULSIÓN IRIDIANA Y VÍTREO EN CÁMARA ANTERIOR.**

M.<sup>a</sup> de las Mercedes Grajera Alba, Paula Bañeros Rojas.

*Introducción:* La catarata traumática es la forma más frecuente de opacificación del cristalino en pacientes jóvenes. Su etiología incluye traumatismos, exposición a agentes físicos, complicaciones quirúrgicas o alteraciones metabólicas. Las cataratas por un traumatismo contuso suelen presentar morfologías específicas - en forma de roseta, radial o en estrella- y afectan preferentemente a la región subcapsular posterior, comprometiendo significativamente la agudeza visual (AV). En hasta un tercio de los casos puede coexistir rotura zonular con luxación del cristalino.

*Caso clínico:* varón militar de 20 años evacuado desde Angola tras traumatismo contuso en el ojo izquierdo. Presentaba una AV de «cuenta dedos», pupila arreactiva y presión intraocular elevada. En la biomicroscopía se evidenciaron hiperemia conjuntival difusa, melanosis temporal inferior, sección del esfínter iridiano temporal y avulsión estromal hasta la raíz del iris con herniación vítrea en cámara anterior; además Tyndall fino y catarata en estrella. No se observaron signos de perforación corneal o escleral. El fondo de ojo era parcialmente visible y sin alteraciones aparentes. Tanto la ecografía como el TAC orbitario fueron normales. Se indicó tratamiento médico con antibioterapia y corticoides, así como hipotensores, previo a intervención quirúrgica mediante una faco-vitrectomía con implante de lente en saco. La evolución fue favorable, sin referir sintomatología de deslumbramiento y alcanzando una AV de 0,9, decidiéndose la no reconstrucción del iris afecto.

*Conclusiones:* resaltar la importancia del diagnóstico precoz y el abordaje quirúrgico de cataratas traumáticas complejas, especialmente en pacientes jóvenes. Este caso destaca la importancia del apoyo médico especializado a personal español destinado en misiones militares en el extranjero. Ante una patología potencialmente grave, una evacuación a tiempo permite un diagnóstico y tratamiento precoces que evite secuelas visuales irreversibles.

CPCC002

### **SÍNDROME DE HIPERFERRITINEMIA-CATARATA HEREDITARIA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO PARA EL OFTALMÓLOGO.**

M.<sup>a</sup> del Mar Prieto del Cura, Eva M.<sup>a</sup> Hernández Tomé.

*Introducción:* El síndrome de hiperferritinemia-catarata hereditaria (SHCH) es un trastorno poco común, descubierto hace 30 años, que se hereda con un patrón autosómico dominante. Este síndrome puede ser provocado por diversas mutaciones en el elemento regulador del hierro (IRE) del gen que codifica la L-ferritina. Los individuos afectados por HHCS suelen presentar hiperferritinemia aislada, sin evidencias de sobrecarga de hierro. La única manifestación clínica que se observa es la catarata bilateral de inicio temprano, que probablemente se debe a la acumulación de cristales de ferritina en el cristalino.

*Caso Clínico:* Presentamos el caso de una mujer de 14 años diagnosticada de cataratas bilaterales en la consulta con niveles de ferritina que oscilaban entre 947 y 1479 µg/l (siendo el rango normal menor a 150 µg/l), junto con valores normales de hierro y transferrina. En la anamnesis se descubre que existen cinco miembros de la familia que también mostraron niveles de ferritina elevados (abuela 71 años, padre 53 años, tío 57 años y prima 8 años), los miembros adultos estaban siendo tratados con flebotomías y asociaban cataratas en edad temprana. Los resultados de las pruebas genéticas confirmaron la presencia en heterocigosis de la mutación C33T, variante «Madrid», caracterizada en 1999 en una familia diferente a la que describimos, con la peculiaridad que el padre de nuestra paciente no padece cataratas, pero sí hiperferritinemia.

*Conclusiones:* Nuestro propósito es sensibilizar sobre el SHCH, un diagnóstico diferencial poco frecuente, subrayando la importancia de realizar una recopilación exhaustiva de antecedentes familiares en el contexto de cataratas de inicio temprano e hiperferritinemia. Lo más particular del caso es que el padre de nuestra paciente no ha desarrollado cataratas, pero sí hiperferritinemia, por tanto, la correlación observada entre genotipo y fenotipo en HHCS describe la diversidad de presentación en esta enfermedad.

CPCC003

### DEPÓSITOS TARDÍOS ENLENTE FÁQUICA ICL.

Cristina García Recio, Ricardo Cuiña Sardiña.

*Introducción:* La técnica de implante de lente fática ICL, (implantable collamer lens) segura y eficaz para corregir defectos refractivos, puede presentar complicaciones atípicas como el de este caso clínico.

*Caso Clínico:* Paciente operada de ICL en ambos ojos sin complicaciones, con exploración al día siguiente y a la semana normal y satisfactoria. Acude al mes de la intervención refiriendo mala visión por un ojo, apreciándose depósitos blanquecinos densos en la cara anterior y posterior de la lente, como signo aislado (se aportan fotos y casia, ilustrando los llamativos depósitos). Como primera hipótesis diagnóstica se plantea infección fúngica, por lo que se procede al explante de la lente y su análisis, siendo resultado negativo para gérmenes. Se implantó una nueva ICL al mes con buen resultado. El ojo contralateral normal, con agudeza visual de la unidad y sin depósitos. en todo momento.

*Conclusión:* Los depósitos aislados en la ICL en este caso fueron de carácter inflamatorio, pudiendo plantear tratamiento tópico conservador sin necesidad de explantar la lente.

CPCC004

### **PRK GUIADA POR TOPOGRAFÍA EN PACIENTE CON QUERATOCONO, UNA OPCIÓN DE ABLACIÓN PERSONALIZADA EN PACIENTES COMPLEJOS.**

Álvaro Vidal Huerta, Bárbara Burgos Blasco.

*Introducción:* La técnica de PRK guiada por topografía (TGPRK) es un procedimiento diseñado para abordar la irregularidad corneal y las aberraciones de alto orden, buscando mejorar la calidad visual. Utiliza datos topográficos para realizar una ablación personalizada, con el objetivo de regularizar los valores queratométricos, reducir aberraciones, y optimizar la refracción en la zona central. No tiene como objetivo principal corregir la esfera refractiva y tiene su cabida en condiciones como el queratocono, ectasias post-LASIK o córneas post-queratoplastia.

*Caso Clínico:* Se presenta el caso de un varón de 31 años con antecedente de queratocono diagnosticado en 2012, frustró y estable desde entonces en ojo derecho (OD) y que requirió crosslinking (CXL) en ojo izquierdo (OS) en 2014, refiriendo también estabilidad desde entonces. El motivo principal de consulta es el deseo de dejar de utilizar gafas.

La agudeza visual sin corrección (AVsc) era de 0,05 en OD y 0,7 en OS. Con su corrección habitual, AV de 1 en OD y 0,8 en OS. La paquimetría central era 508  $\mu\text{m}$  en OD y 490  $\mu\text{m}$  en OS ( $> 400 \mu\text{m}$ ). La topografía realizada mediante Pentacam mostró Kmax de 44,15 D en OD y 46,50 D en OS (Kmax  $< 60 \text{ Dp}$ ). Con el diagnóstico de queratocono, la estabilidad del OS y el objetivo del paciente, se considera un buen candidato a TGPRK con CXL en OD, debido a la seguridad y eficacia demostrada de la combinación de ambas. Se informó de los riesgos potenciales; progresión 10%, haze 5% e infección; ante la conformidad del paciente, se procedió a la intervención. El resultado postoperatorio mostró una AV de 0,9 con +0,25, con mejoría de las aberraciones y la calidad visual.

*Conclusiones:* La PRK guiada por topografía en este paciente con queratocono seleccionado resultó en una mejora significativa de la agudeza visual y la calidad visual, logrando el objetivo de reducir la dependencia de gafas. Esto destaca la efectividad de la TGPRK en casos adecuados de queratocono para rehabilitación visual.

CPCC005

### **SÍNDROME MASCARADA COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE CARCINOMA MICROCÍTICO DE PULMÓN.**

José Aguilar Falomir, Sandra Pardo López.

*Introducción:* los síndromes paraneoplásicos oftalmológicos son entidades relativamente infrecuentes que aparecen en el contexto de una neoplasia maligna. En ocasiones, su diagnóstico puede pasar desapercibido si no se tiene un alto índice de sospecha, siendo tratado como episodios de uveítis idiopática.

*Caso clínico:* presentamos el caso clínico de un varón de 84 años que consulta por pérdida de agudeza visual bilateral de varios meses de evolución, siendo la mejor agudeza visual corregida de 0,2 en ojo derecho y 0,6 en ojo izquierdo. A la exploración destaca tyndall intenso en cámara anterior y vitritis intensa, así como papilitis bilateral.

Las pruebas de imagen cerebrales son anodinas, la serología y la autoinmunidad negativas. Se solicitan anticuerpos tumorales, siendo positivos el anti-CRMP5 y antirecoverina. Se realiza TC torácico, detectándose adenopatías hiliares y subcarinales, con captación en PET-TC. Se biopsian, se diagnostica adenocarcinoma microcítico de pulmón estadio IIIA y se administra quimiorradioterapia con intención radical. Partiendo de una disminución de la agudeza visual se detecta un tumor microcítico de pulmón todavía con opción a tratamiento radical.

*Conclusión:* este caso permite destacar la importancia de considerar el síndrome mascarada de etiología neoplásica como diagnóstico diferencial ante una panuveítis de causa no filiada, incluso cuando no se conoce un tumor primario, realizando las exploraciones necesarias para descartarlo y establecer el tratamiento oportuno.

CPCC006

### **SÍNDROME COLOBOMA-RENAL: MÁS ALLÁ DEL FONDO DE OJO.**

Paloma Fuentes Iñigo, Inmaculada López Sánchez.

*Introducción:* El síndrome renal coloboma es una enfermedad infrecuente de herencia autosómica dominante causada por mutaciones en el gen PAX2 implicado en el desarrollo del aparato urinario, ojo, oído y sistema nervioso.

*Caso clínico:* Se presentan dos casos clínicos de dos hermanas de 43 y 49 años con hipodisplasia renal bilateral que ha requerido varios trasplantes renales asociada. Tras la solicitud por parte de nefrología de realizar un fondo de ojo se encuentra a una displasia del nervio óptico con una excavación papilar profunda en ojo derecho. Se solicita revisión oftalmológica su hermana, que también está filiada de oligonefronia encontrando características similares a la exploración de polo posterior en ambos ojos.

Por otro lado, se presenta el caso clínico de otro hombre de 52 años que tras varios trasplantes renales por enfermedad renal crónica secundaria a hipoplasia renal se remite a la consulta de oftalmología. Debido a una agudeza visual disminuida y una excavación papilar de aspecto colobomatoso se decide solicitar estudio genético que confirma el síndrome coloboma-renal por la variable patogénica del gen PAX2. Se adjuntan retinografías de campo amplio para ilustrar los casos clínicos.

*Conclusiones:* Es recomendable la evaluación de otros familiares de riesgo dada la gran expresividad intrafamiliar y la penetrancia casi completa, así como la realización de un fondo de ojo a todos los pacientes con hipodisplasia renal no filiada. A nivel oftalmológico las alteraciones varían desde formas leve con displasias del nervio óptico sin consecuencias funcionales hasta riesgo de ceguera. A nivel sistémico la función renal determina el pronóstico de estos pacientes.

CPCC007

### **HEMORRAGIA SUPRACOROIDEA INTRAOPERATORIA TRAS MANIOBRA DE VALSALVA DURANTE VITRECTOMÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Anna Goñi Guarro, Francesc Franquesa García.

*Introducción:* La hemorragia supracoroidea es una complicación intraoperatoria infrecuente en cirugía vitreorretiniana, con implicaciones visuales potencialmente graves. Su aparición puede precipitarse por variaciones bruscas entre presión venosa ocular y presión intra-ocular, como los inducidos por maniobras de Valsalva, y su manejo requiere un enfoque quirúrgico escalonado.

*Caso clínico:* Presentamos el caso de una mujer de 53 años que, durante una vitrectomía realizada como consecuencia de una complicación en cirugía de cataratas en su centro de referencia, desarrolló una hemorragia supracoroidea intraoperatoria tras un episodio de tos incoercible (maniobra de Valsalva). Se describen los hallazgos y factores de riesgo relacionados, así como el manejo perioperatorio y su evolución.

*Conclusión:* Este caso destaca la importancia de la monitorización y control de factores que pueden derivar en una complicación grave como es la hemorragia supracoroidea, así como la necesidad de un manejo y abordaje quirúrgico escalonado.

CPCC008

### **AFECTACIÓN VISUAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UN CARCINOMA DUCTAL DE MAMA.**

Marina López Frutos, Alba García Marco.

*Introducción:* La úvea es la estructura ocular más comúnmente afectada por metástasis, y dentro de ella, las que afectan a la coroides son las más frecuentes. En cuanto a los tumores primarios asociados, el cáncer de mama y el de pulmón son los más habituales. Estas metástasis pueden ser la primera manifestación clínica, aunque en su mayoría corresponden a una recaída a distancia de un tumor primario.

*Caso Clínico:* Mujer de 48 años que acudió a urgencias por visión borrosa en ojo izquierdo de un mes de evolución. Durante la exploración del fondo de ojo, se observaron unas placas blanco-amarillentas en arcada temporal inferior por debajo de un desprendimiento de retina (DR) y edema de papila. La OCT macular puso de manifiesto un edema macular quístico con presencia de desprendimiento neurosensorial (DNS) en la salida del nervio óptico compatible con exudación. Se realizó una ecografía modo-B donde se observó un engrosamiento coroideo adyacente al nervio óptico y sobre todo a nivel inferior con zonas de DNS y DR exudativo desde las IV hasta las VIII. Ante la sospecha de una tumoración coroidea se remitió a la paciente a medicina interna para estudio de extensión donde finalmente fue diagnosticada de lesión coroidea metastásica secundaria a carcinoma ductal de mama infiltrante.

*Discusión y conclusión:* La causa más frecuente de metástasis uveal es el cáncer de mama. El diagnóstico es fundamentalmente clínico siendo la ecografía de gran ayuda en el manejo del diagnóstico diferencial. Las metástasis coroideas pueden aparecer antes del diagnóstico del tumor primario, por lo que es crucial considerarlas incluso en pacientes sin historial previo de cáncer. Un diagnóstico temprano mejora el pronóstico al permitir un tratamiento oportuno.

CPCC009

**«QUISTE DE IRIS: EL ICEBERG INVISIBLE DEL SEGMENTO ANTERIOR».**

Clara Manero Rebé, Alicia Alcuaz Alcalaya.

*Introducción:* Los quistes de iris son lesiones benignas y las segundas tumoraciones más frecuentes de la cámara anterior.

En el pasado, han sido confundidas con tumores malignos como el melanoma de iris, lo que podía ocasionar incluso la enucleación. Actualmente, gracias a las nuevas técnicas de diagnóstico como la biomicroscopía ultrasónica (BMU), la tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (OCT) o la ecografía; la caracterización de estas lesiones se ha vuelto mucho más accesible y certera.

*Caso clínico:* Presentamos el caso de una paciente mujer, de 83 años de edad, que acude a consulta ambulatoria para revisión de prótesis en ojo derecho. En la exploración del ojo contralateral se objetiva una lesión excrescente, blanquecina, y de aspecto quístico, en zona inferonasal, y que protruye desde el iris. El resto de la biomicroscopía anterior no presenta hallazgos reseñables y la presión intraocular es de 16mmHg.

La paciente no presenta clínica en relación con esta lesión, pero se realiza batería de pruebas complementarias de imagen. En la OCT de segmento anterior se puede apreciar una masa de contenido semisólido con pared anterior fina y que no contacta con endotelio corneal; en la ecografía se objetiva una lesión única, anecoica y dependiente de los tejidos iridianos. No se puede realizar BMU por falta de medios. También se toman imágenes para control evolutivo.

Ante la ausencia de signos de malignidad, inflamación, el curso asintomático y el antecedente de ojo único, se decide observación periódica para vigilar la aparición de posibles complicaciones.

*Conclusiones:* Aunque los quistes de iris son de naturaleza benigna, es importante su control evolutivo para prevenir complicaciones, así como una buena caracterización de la lesión para realizar diagnóstico diferencial con otras entidades malignas.

Pese a que su manejo es controvertido, no debemos olvidar que una actitud conservadora es en ocasiones lo más acertado para evitar riesgos iatrogénicos.

CPCC010

### **FÍSTULA CAROTIDO-CAVERNOSA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.**

Javier Martínez Soria, M.<sup>a</sup> de los Reyes Retamero Sánchez.

*Introducción:* las fístulas carótido-cavernosas (FCC) constituyen una alteración vascular infrecuente caracterizada por una comunicación anómala entre la ACI y/o la ACE y el sistema venoso del seno cavernoso. A pesar de su variabilidad clínica, las manifestaciones oftalmológicas son frecuentes: proptosis, quemosis, diplopía o aumento de la PIO, secundarias al compromiso del drenaje venoso orbitario. El diagnóstico precoz y un manejo multidisciplinar adecuado son esenciales para evitar secuelas visuales permanentes.

*Caso clínico:* mujer de 59 años acude a urgencias por cefalea opresiva de cinco días de evolución, diplopía horizontal, dolor periocular e hiperemia en el OD. Refiere episodios recurrentes de cefalea y ojo rojo en los últimos dos meses. Antecedentes personales de hipertensión arterial. Un TC craneal simple realizado un mes antes fue informado como normal. Exploración OI: normal. Exploración OD: AV de 1,0, PIO de 38 mmHg. BMC: proptosis, hiperemia conjuntival con vasos en «cabeza de medusa», quemosis temporal y parálisis del VI par craneal. FO: tortuosidad vascular sin signos de edema de papila ni hemorragias. La angio-TC revela relleno precoz y dilatación de la vena oftálmica superior derecha y del seno cavernoso derecho. La arteriografía confirma una FCC indirecta derecha, con aporte arterial desde ramas meningohipofisarias de ambas ACI y ramas meníngeas de ambas ACE.

Inicialmente se instauró tratamiento con acetazolamida oral, suplementos de potasio y colirios hipotensores (brimonidina y timolol). Posteriormente, se realizó embolización endovascular con coils, con evolución favorable: la PIO en OD se normalizó (17 mmHg), se resolvieron los signos inflamatorios y se recuperó completamente la MOE.

*Conclusiones:* la FCC es una entidad infrecuente y de presentación variable. Su diagnóstico requiere alta sospecha clínica y confirmación por arteriografía. El tratamiento endovascular es eficaz y seguro, requiriendo seguimiento multidisciplinar.

CPCC011

### **DOLOR OCULAR INESPECÍFICO; A PROPÓSITO DE UN CASO DE ESCLERITIS POSTERIOR.**

Noelia Montaña Muñoz, Gabriel Liaño Sanz Diez de Ulzurrun.

La escleritis posterior es una forma poco frecuente de inflamación escleral, caracterizada por síntomas inespecíficos como dolor ocular intenso y disminución de la agudeza visual. Su diagnóstico puede ser un reto, especialmente en ausencia de signos inflamatorios en el polo anterior y de enfermedades sistémicas asociadas. La mayoría son idiopáticas, aunque 20-30% de los casos se asocian a alguna enfermedad sistémica siendo necesario en estos casos un abordaje multidisciplinar.

Presentamos el caso de una paciente de 40 años, sin antecedentes de interés, que acudió por dolor ocular intenso y con una agudeza visual corregida de 0,1 en su ojo derecho. En el examen del polo anterior no había inyección conjuntival ni signos inflamatorios evidentes. En el examen con oftalmoscopio indirecto se observaron pliegues retinocoroideos en polo posterior con desprendimiento seroso peripapilar en el ojo derecho. La tomografía de coherencia óptica (OCT) reveló la presencia de edema macular de aspecto bacilar asociado. La resonancia magnética descartó masas orbitarias y confirmó la presencia del engrosamiento escleral posterior, al igual que en la ecografía modo B. No se encontraron enfermedades autoinmunes o infecciosas subyacentes tras estudios analíticos y serológicos. Se estableció el diagnóstico de escleritis posterior idiopática y se inició tratamiento en urgencias con bolos de metilprednisolona, pasando después a corticosteroides sistémicos posteriormente, con buena respuesta clínica y resolución del edema macular bacilar.

La escleritis posterior puede presentarse en pacientes jóvenes sin patología sistémica conocida y con escasos hallazgos en el examen del polo anterior, lo que puede retrasar su diagnóstico. El uso de pruebas de imagen es fundamental para su identificación, así como estudios analíticos y serológicos para descartar enfermedades sistémicas. El tratamiento precoz con esteroides permite una evolución favorable y previene secuelas visuales potencialmente graves.

CPCC012

**PERMETRINA TÓPICA AL 5% COMO TRATAMIENTO PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PHTHIRIASIS PALPEBRARUM: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Jorge Noguera Campos, Sara Pose Bazarra.

*Introducción:* La *phthiriasis palpebrarum* se define como la infestación de los párpados por el parásito *Phthirus pubis*, y es considerada como una enfermedad de transmisión sexual. Su presentación en edad pediátrica es infrecuente y puede suponer un reto diagnóstico y terapéutico, especialmente cuando hay escasa colaboración para la exploración y extracción mecánica, o limitaciones para el uso de tratamientos sistémicos como la ivermectina.

*Caso clínico:* Paciente femenina de 4 años que acude por visualización de parásitos en pestañas y cuero cabelludo. Al examen con lámpara de hendidura se observan numerosos parásitos y liendres en ambos márgenes palpebrales de forma bilateral. Ante la escasa colaboración de la paciente para realizar una extracción mecánica completa y la contraindicación del uso de ivermectina por edad y peso, se optó por dos ciclos de una aplicación semanal de permetrina tópica al 5%, complementada con vaselina y medidas higiénicas. Tras dos semanas, se evidenció la resolución completa del cuadro sin efectos adversos.

*Conclusiones:* Se presenta un caso raro de *phthiriasis palpebrarum* pediátrica bilateral en el que los posibles tratamientos se ven limitados por la edad y el peso de la paciente. Se observó una excelente respuesta a la permetrina tópica al 5%, por lo que esta se muestra como una opción terapéutica efectiva, segura y fácil de cumplimentar para curar esta patología, sobre todo en los casos en los que la retirada mecánica no es posible y el tratamiento con ivermectina oral está contraindicado.

CPCC013

### **REGRESIÓN ESPONTÁNEA DE UN NEVUS COROIDEO CON FACTORES DE RIESGO PARA CRECIMIENTO.**

Marta Prat Dot, Ariadna Cavaller Casasnovas.

*Introducción:* Presentamos el caso de una paciente con un nevus coroideo con factores de riesgo para crecimiento que presentó una regresión espontánea en el seguimiento.

*Caso clínico:* Mujer de 41 años que consultó por visión borrosa de aparición súbita en su ojo derecho. En el fondo de ojo se observó una lesión pigmentada, cupuliforme, temporal-superior, con metaplasia fibrosa, exudación perilesional y macular. La tomografía de coherencia óptica sobre la lesión confirmó la ocupación coroidea con una masa hiperreflectiva con sombra posterior. La ecografía mostró una lesión con elevada reflectividad, de medidas 2,9 mm de altura y 7,5 mm de diámetro transversal y longitudinal. Ante el diagnóstico de una lesión melanocítica coroidea indeterminada con factores de riesgo para crecimiento, se planteó realizar un seguimiento periódico. A los cuatro meses, la paciente presentó resolución de la sintomatología visual, desaparición de los exudados maculares, aunque sin cambios aparentes de la lesión en el fondo de ojo y en la ecografía. Se realizó control periódico cada seis meses, donde se observó una disminución progresiva del tamaño de la lesión, presentando signos de regresión espontánea en el seguimiento a los seis años del diagnóstico.

*Conclusiones:* En la bibliografía existe evidencia reportada de regresión espontánea de lesiones melanocíticas cutáneas, incluyendo nevus y melanomas. A nivel oftalmológico, la regresión espontánea de lesiones ha sido publicada en casos aislados de melanomas y nevus coroideos con factores de riesgo para crecimiento.

Se ha demostrado que en las reacciones contra estas lesiones se ven involucrados los linfocitos T específicos contra melanocitos, mayoritariamente linfocitos T citotóxicos (CD8+).

Este caso describe un comportamiento anómalo de los nevus coroideos, subraya la relevancia del seguimiento periódico de estas lesiones, y sugiere un posible papel de la respuesta inmunitaria en la regresión espontánea.

CPCC014

### **ESCOTOMA TEMPORAL POR RETENCIÓN PERIPAPILAR DE PERFLUOROCARBONADO LÍQUIDO: UN HALLAZGO INESPERADO TRAS CIRUGÍA DE RETINA.**

Elisabet Rico Santos, Marta Mifsut Aleixandre.

La retención subretiniana de perfluorocarbonado líquido (PFCL), utilizado como adyuvante en la cirugía vitreoretiniana, se ha descrito con relativa frecuencia, especialmente en la región macular. Sin embargo, su localización en áreas atípicas y su posible implicación funcional han sido escasamente documentadas. Presentamos el caso de un paciente intervenido por desprendimiento de retina (DR) superior, en quien se identificó de forma inusual PFCL en la región peripapilar nasal, asociado a un escotoma periférico temporal.

Varón de 60 años, pseudofáquico y sin antecedentes sistémicos relevantes, acudió a urgencias por referir un defecto altitudinal en ojo izquierdo (OI). La agudeza visual era de 1,0 en el ojo derecho y 0,7 en el OI. El polo anterior era normal. La fundoscopia reveló un DR regmatógeno superior con mácula respetada en OI, por lo que se realizó una vitrectomía pars plana con colocación de cerclaje escleral y tamponamiento con gas SF<sub>6</sub>, sin incidencias. En el postoperatorio, el paciente refirió un escotoma temporal bien delimitado. Se solicitó campimetría automatizada y OCT del nervio óptico, evidenciándose una burbuja de PFCL en la región peripapilar nasal, en correspondencia topográfica con el defecto campimétrico. El grosor de la capa de fibras nerviosas fue normal. Se optó por un manejo conservador, sin reintervención quirúrgica. No se pudo establecer con certeza si el escotoma fue consecuencia de una posible toxicidad del PFCL o de un efecto mecánico compresivo sobre las fibras nerviosas nasales.

Este caso destaca que la retención de PFCL no se limita a la región macular, pudiendo localizarse en zonas atípicas como el nervio óptico. Aunque puede generar alteraciones visuales, su presencia no implica necesariamente una reintervención. El manejo expectante es una opción válida en ausencia de progresión o hallazgos estructurales alarmantes.

CPCC015

### **VANISHING IRIS POST-TRAUMÁTICO: PRESENTACIÓN DE TRES CASOS CLÍNICOS.**

Cristina Suárez López, María Sopeña Pinilla.

*Introducción:* El vanishing iris es una entidad clínica infrecuente caracterizada por la pérdida parcial o total del iris. Generalmente secundaria a traumatismos oculares con o sin intervenciones intraoculares previas. Su identificación es crucial para un manejo adecuado y para minimizar secuelas visuales.

*Casos clínicos:* En este panel se exponen 3 casos de pacientes que tras un traumatismo ocular presentaron vanishing iris con imágenes y su evolución.

*Caso clínico 1:* Mujer de 80 años. Ocho meses tras facoemulsificación con implante de lente intrasacular, sufre una caída con estallido ocular dando lugar a una aniridia traumática. Se realiza una reconstrucción de cámara anterior tras la cual la paciente refiere fotofobia y pérdida de agudeza visual. Se decide colocar una lentilla cosmética.

*Caso clínico 2:* Varón de 75 años. Dos meses tras facoemulsificación con implante de lente intrasacular, sufre un traumatismo por aplastamiento ocasionando una aniridia parcial. Tras la reconstrucción de la cámara anterior el paciente no refirió nuevos síntomas y preservó su agudeza visual.

*Caso clínico 3:* Varón de 38 años. Acude con un traumatismo por estallido ocular, presenta una aniridia completa. Se decidió suturar de la herida penetrante y reconstruir la cámara anterior. Refirió mejoría de la agudeza visual tras dicho procedimiento.

*Conclusión:* El vanishing iris puede manifestarse como consecuencia de distintos tipos y grados de traumatismo ocular. Su diagnóstico precoz es esencial para establecer un abordaje terapéutico adecuado y prevenir posibles complicaciones oftalmológicas.

CPCC016

## SÍNDROME DE MASCARADA PEDIÁTRICO: CUANDO LOS OJOS REVELAN LO ESCONDIDO.

Nuria Velasco - De Cos, M.<sup>a</sup> de la Cruz Roa Reyes.

*Introducción:* Los síndromes de mascarada oftalmológicos comprenden entidades no inflamatorias que simulan clínicamente cuadros inflamatorios intraoculares. Estas condiciones, al no responder a tratamiento inmunosupresor, deben hacer sospechar al conjunto de profesionales enfermedades subyacentes, frecuentemente neoplásicas, como linfomas o leucemias. Aunque poco frecuentes en edad pediátrica, su identificación precoz es vital para el pronóstico visual y sistémico.

*Caso Clínico:* Varón de 11 años con disminución bilateral de agudeza visual (OD: 0,4 / OI: 0,05). Presenta celularidad de +2 en ambos ojos. La funduscopia muestra papilitis, edema macular, vitritis con snowballs y snowbanks, vasculitis periférica y retinitis. La OCT revela desprendimiento del epitelio pigmentario central, membrana epirretiniana y edema del nervio óptico. Se inicia tratamiento corticoideo sistémico tras valorar posible uveítis autoinmune junto con el servicio de reumatología. Analítica sin hallazgos relevantes. Radiografía de tórax con prominencia hiliar bilateral. La RM cerebral identifica una malformación venosa sin otras alteraciones.

Meses después, presenta una masa en muslo izquierdo. Ecografía evidencia bloque adenopático subcutáneo. Biopsia y PET/CT confirman linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular. Con tratamiento oncológico, el cuadro oftalmológico se estabiliza, bajo seguimiento multidisciplinar.

*Conclusiones:* Los síndromes de mascarada deben considerarse ante inflamaciones oculares atípicas o refractarias. En pediatría, la afectación ocular puede ser la primera manifestación de procesos oncológicos. El abordaje precoz e integral es clave para instaurar el tratamiento adecuado y mejorar el pronóstico del paciente.

CPCC017

ANULADO

Comunicaciones en Panel

CPCC018

**HEMATOMA ENDOCAPSULAR TRAS CIRUGÍA DE SEGMENTO ANTERIOR:  
PRESENTACIÓN DE CUATRO CASOS Y CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS.**

Naroa Fernández Vázquez, Ana Ibáñez Muñoz.

*Introducción:* El hematoma endocapsular (HEC) constituye una complicación poco frecuente en el contexto postoperatorio de la cirugía de cataratas, caracterizada por la acumulación hemática entre la cápsula posterior y la lente intraocular (LIO). Su aparición ha sido descrita tanto tras facoemulsificación aislada como en cirugías combinadas con procedimientos para el tratamiento del glaucoma. La fisiopatología no está completamente esclarecida, aunque se han implicado factores quirúrgicos y hemodinámicos, como las maniobras de Valsalva.

*Caso clínico:* Se describen cuatro pacientes con diagnóstico de HEC tras intervenciones del segmento anterior.

*Caso 1:* varón de 73 años con glaucoma pseudoexfoliativo (GPEX) leve, sometido a facoemulsificación y trabeculectomía. Presentó disminución visual a las dos semanas, confirmando HEC, que fue tratado mediante capsulotomía posterior con láser Nd:YAG a los tres meses por ausencia de resolución espontánea.

*Caso 2:* mujer de 79 años pseudofáquica con GPEX leve, intervenida de trabeculectomía. A los cinco meses, tras maniobra de Valsalva, desarrolló HEC asociado a neovascularización en la esclerotomía, tratada con goniofotocoagulación con láser Argón. Se adoptó conducta conservadora ante su evolución favorable.

*Caso 3:* varón de 68 años con glaucoma primario de ángulo abierto, intervenido mediante facoemulsificación y esclerectomía profunda no perforante (EPNP). El HEC se objetivó a las dos semanas y se resolvió mediante capsulotomía láser a los tres meses.

*Caso 4:* varón de 76 años con GPEX leve, intervenido con facoemulsificación e implante de dispositivo XEN63. El HEC fue detectado en el postoperatorio precoz y remitió espontáneamente con manejo expectante.

*Conclusión:* El HEC es una entidad rara cuya etiopatogenia involucra factores quirúrgicos y alteraciones hemodinámicas. Su abordaje terapéutico debe ser individualizado. La sospecha temprana y un seguimiento estrecho son fundamentales para optimizar el pronóstico visual.

CPCC019

### **IMPLANTE DE BAERVELDT EN EL MANEJO DEL GLAUCOMA ASOCIADO A POLINEUROPATÍA AMILOIDÓTICA POR TRANSTIRETINA.**

Laura Flores Villarta, Jaume Vila Castro.

*Introducción:* La polineuropatía amiloidótica familiar por transtiretina (PAF-TTR) es una enfermedad sistémica hereditaria que puede presentar manifestaciones oculares, siendo el glaucoma secundario una de las más graves por su aparición súbita, difícil control y alto riesgo de daño visual irreversible.

*Descripción del caso:* Presentamos el caso de un varón de 40 años con diagnóstico sistémico de polineuropatía amiloidótica familiar por transtiretina (PAF-TTR), en seguimiento oftalmológico desde 2015. En ese momento, presentaba en el ojo derecho (OD) un borde pupilar festoneado, sin hipertensión ocular ni depósitos vítreos evidentes.

En 2019, ambos ojos (AO) mostraban iris festoneado. En el OD se evidenciaban opacidades vítreas marcadas, y se objetivó una PIO de 24 mmHg en OD y 20 mmHg en ojo izquierdo (OI), sin daño glaucomatoso estructural ni funcional. Se inició tratamiento con latanoprost en AO. En 2021, el paciente presentó una subida brusca de la PIO en OD hasta 35 mmHg, acompañada de daño estructural en la capa de fibras nerviosas en el sector temporal superior y defecto campimétrico concordante. Ante la progresión, se realizó cirugía combinada de vitrectomía posterior y colocación de válvula de Baerveldt en cámara vítrea. El postoperatorio cursó con hipertensión ocular controlada temporalmente con acetazolamida, consiguiéndose posteriormente un control tensional estable sin tratamiento tópico tras la retirada del tutor valvular.

Actualmente, AO mantienen una AV de 1,0, con PIO óptimas y tratamiento tópico antihipertensivo solo en el OI, sin evidencia de progresión glaucomatosa ni depósitos epirretinianos en la OCT macular.

*Conclusiones:* El glaucoma secundario asociado a PAF-TTR suele mostrar una evolución acelerada y refractaria al tratamiento médico, requiriendo abordaje quirúrgico precoz. Los dispositivos de drenaje podrían ser preferibles a la cirugía filtrante convencional, dada la alta tasa de encapsulación observada en estos pacientes.

CPCC020

### **CONTROL DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR EN UN ENFERMO DE OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA CON ADELGAZAMIENTO ESCLERAL SEVERO MEDIANTE CICLOFOTOCOAGULACIÓN TRANSESCLERAL CON LÁSER DIODO MICROPULSADO.**

Clara Heredia Pastor, Patricia Robles Amor.

*Objetivo:* Reflejar la utilidad de la ciclofotocoagulación transescleral con micropulso de láser diodo para controlar la presión intraocular en pacientes con enfermedades que debilitan la pared escleral.

*Método:* Descripción de un caso clínico.

*Resultado:* La osteogénesis imperfecta es una enfermedad del tejido conectivo que afecta al colágeno. La manifestación ocular más común es la esclerótica azul o escleromalacia, debido a la delgadez del colágeno escleral que permite la transparencia de la coroides. También presenta cataratas, queratocono y glaucoma. La disminución del colágeno tipo I aumenta la resistencia en la malla trabecular y la vía uveoescleral, lo que eleva la presión intraocular (PIO) y el riesgo de glaucoma.

*Caso clínico:* Un paciente de 28 años con osteogénesis imperfecta presenta una PIO de 40 mmHg en el ojo derecho, a pesar de 750 mg de acetazolamida oral diarios y tratamiento tópico máximo. El ojo izquierdo fue eviscerado tras un traumatismo con estallido escleral. La agudeza visual en su único ojo es de 0,5, con defectos campimétricos arciformes y una excavación papilar de 0,8. La OCT muestra un espesor escleral de 200 micras, descartando cirugías que impliquen perforar la esclerótica. Se realiza ciclofotocoagulación transescleral con micropulso de láser diodo (2Ws, 80 seg por hemisferio), logrando una PIO de 22 mmHg tras la cirugía. Tres meses después, se repite el procedimiento, alcanzando una PIO de 14 mmHg al mes, con solo tratamiento tópico, sin necesidad de inhibidores de anhidrasa carbónica vía oral.

*Conclusiones:* En pacientes con enfermedades del tejido conectivo y adelgazamiento escleral, las cirugías de glaucoma con incisiones esclerales presentan alto riesgo de dehiscencia, lo que puede dificultar la sutura, causar filtración descontrolada del humor acuoso e incluso melting escleral.

La ciclofotocoagulación transescleral con láser diodo es una alternativa segura para controlar la presión intraocular en estos pacientes.

CPCC021

### **PROCEDIMIENTO COMBINADO CON IMPLANTE DE PAUL Y REAPERTURA DE CIRUGÍA FILTRANTE PREVIA EN PACIENTE CON CRISIS DE UVEÍTIS HIPERTENSIVA Y GLAUCOMA JUVENIL.**

María Dolores Lago Llinás, Álvaro Bengoa González.

Paciente de 21 años que tiene glaucoma juvenil y mutación en el gen MYOC. Se realizó cirugía de esclerectomía profunda no perforante (EPNP) en 2017 con buen control de presión intraocular (PIO) en ambos ojos, pero daño severo OD y leve OI. Presenta antecedentes familiares de glaucoma.

Acude en marzo de 2024 a urgencias por dolor ocular y pérdida de visión en OD. Presenta la pupila OD en midriasis arreactiva, Tyndall +++, precipitados retroqueráticos, PIO 50 mmHg. Se pauta tratamiento hipotensor con buena respuesta, pero 1 semana después acude con el mismo cuadro por lo que se añade acetazolamida oral.

Con el diagnóstico de glaucoma juvenil + crisis de uveítis hipertensiva en OD, se realiza en consulta analítica completa con serología negativa excepto IgG VVZ e IgG CMV positivo. Se añade valganciclovir oral a dosis de carga. Los signos inflamatorios desaparecen, pero la PIO se mantiene elevada por lo que se realiza un implante de Paul tutorizado y cerrado con sutura oclusiva + reapertura de EPNP previa + serología humor acuoso. Presenta picos hipertensivos durante el postoperatorio que requieren realizar los siguientes procedimientos: cirugía para desanudar la sutura + retirada parcial del tutor (7ª semana); retirada completa del tutor en consulta (9ª semana); pauta de dorzolamida-timolol y terapia antifibrótica de Molteno durante 6 semanas (3 semanas tras la retirada del tutor). A los 12 meses, presenta una PIO de 10 mmHg sin tratamiento y una ampolla funcionante.

*Discusión:* Las uveítis hipertensivas son en la mayoría de los casos de etiología herpética. La coexistencia de un glaucoma preexistente juvenil con un episodio de uveítis hipertensiva severa y refractaria al tratamiento no está descrita como factor de riesgo hasta el momento actual. La hipótesis que mantenemos es que la malla trabecular que ya estaba alterada por el glaucoma juvenil es el tejido diana de la afectación herpética y por esta razón ha resultado ser un glaucoma refractario al tratamiento.

CPCC022

### **RETINOPATÍA DESCOMPRESIVA TRAS CIRUGÍA FILTRANTE DE GLAUCOMA CON PAUL IMPLANT.**

Samira López Jiménez, José Aguilar Falomir.

*Introducción:* La retinopatía por descompresión es una complicación rara de la cirugía filtrante para el glaucoma. Es un cuadro caracterizado por la presencia de hemorragias retinianas en polo posterior producidas por el descenso brusco de la presión intraocular (PIO) después de la cirugía filtrante de glaucoma, que en ocasiones puede confundirse con trombosis venosas centrales de la retina. Este sangrado suele ser transitorio pero algunos pacientes pueden desarrollar un déficit visual permanente, por lo tanto, es importante su reconocimiento y prevención.

*Caso Clínico:* Mujer de 75 años con glaucoma pseudoexfoliativo y antecedentes de faquectomía más Trabeculectomía ojo izquierdo en 2018. Por mal control de PIO (37 mmHg) se decide intervención con dispositivo filtrante Paul implant. Pasadas 72 horas, la paciente presenta PIO 9 mmHg, leve hipotalamia con hifema de 1mm por lo que se inicia tratamiento con atropina, dexametasona cada 2 horas y cobertura antibiótica. En revisión posterior, día +8 tras intervención, la paciente presenta disminución de agudeza visual, hipotalamia moderada sin contacto endotelial, PIO 6 mmHg y en fondo de ojo se observan hemorragias dispersas sin edema macular y desprendimiento coroideo temporal inferior. Por lo tanto, se inicia tratamiento médico con corticoides orales y cicloplejia. Posteriormente, la paciente evoluciona de forma favorable con el tratamiento pautado, sin necesidad de realizar ligadura del tubo ni inyección de viscoelástico en cámara anterior para revertir la hipotalamia.

*Conclusiones:* La retinopatía descompresiva tras cirugía filtrante es una complicación infrecuente con los implantes de derivación de glaucoma, pero es importante tenerla en cuenta en los casos de hipotonía postoperatoria.

CPCC023

### **GLAUCOMA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE STURGE-WEBER: PATOGENIA BIMODAL. A PROPÓSITO DE 2 CASOS.**

Silvia Camila Martínez Maseda, Irene Platas Moreno.

*Introducción:* El síndrome de Sturge Weber (SWS) o angiomatosis encéfalo-trigeminal, es un trastorno neurocutáneo congénito, no hereditario e infrecuente (1/50.000-230.000 recién nacidos), causado una por mutación en el gen GNAQ. En el tipo 1, el más frecuente, los angiomas se presentan en 3 órganos: piel, sistema nervioso central (SNC) y ocular. En el tipo 2 no hay afectación del SNC.

*Casos clínicos:* Caso 1. Mujer caucásica de 35 años con SWS tipo 1. Presentaba la característica mancha en Vino de Oporto (MVO) en 1ª y 2ª ramas del trigémino izquierdo, angioma occipital y coroideo y glaucoma congénito ipsilateral. En la biomicroscopia (BMC) se observaron vasos episclerales prominentes. El ojo derecho (OD) era normal. Tras goniotomía y trabeculectomía fallidas, presenta amaurosis y exotropía en ojo izquierdo (OI) con presión intraocular (PIO) no controlada, pero sin dolor.

*Caso 2:* Varón caucásico de 24 años con MVO congénita en 2ª rama del trigémino derecho, sin afectación ocular o del SNC previa. En un control oftalmológico se objetivó en OD: dilatación vascular perilímbica en la BMC, PIO de 32 mmHg, excavación papilar de 0,7, disminución de la capa de fibras nerviosas en sectores superior e inferior y de células ganglionares en la tomografía de coherencia óptica, sin daño campimétrico. El OI era normal. Se diagnosticó de glaucoma preperimétrico en OD asociado a SWS tipo 2 y se pautó prostaglandina tópica. Actualmente la PIO está controlada sin progresión del glaucoma.

*Conclusión:* Respecto a las manifestaciones oculares en el SWS, entre el 30 y 70% de los pacientes padecen glaucoma. Su patogenia es bimodal: en niños, por una disgenesia del ángulo camerular (más común y agresivo), y en adultos, por una presión venosa episcleral elevada. Ambos responden mal a la cirugía convencional: la goniotomía no es efectiva en el infantil y la cirugía filtrante puede provocar desprendimientos coroideos masivos en adultos. Actualmente, las válvulas son el tratamiento de elección.

CPCC024

**EDEMA RETICULAR CORNEAL EPITELIAL TRAS EL INICIO DE ROCLANDA (R).  
A PROPÓSITO DE UN CASO.**

María Massaneda Tuneu, Beatriz Rodríguez Aguado.

*Introducción:* Roclanda® es una combinación de latanoprost y netarsudil (inhibidor de la ROCK1) indicado en pacientes con hipertensión ocular. El netarsudil ha demostrado efectos beneficiosos en pacientes con disfunción endotelial corneal. La hiperemia conjuntival y la blefaritis son los efectos adversos (EA) más frecuentes. El edema reticular corneal epitelial (RECE) es otro EA de etiología desconocida que se ha relacionado con un daño en las uniones intercelulares epiteliales. Se puede presentar entre 24 horas y 3 meses tras su inicio y cesa al interrumpir el fármaco.

*Caso Clínico:* Paciente de 87 años en seguimiento por distrofia de Fuchs y glaucoma que tras el inicio de Roclanda® 48 horas antes, acude a urgencias por visión borrosa en su ojo único. La agudeza visual (AV) era de Cuenta dedos (CD), siendo previamente de 0,4+2. El polo anterior presentaba un RECE central e inferior con macroquistes epiteliales (aspecto similar a un panal de abeja) sin otros hallazgos significativos. La presión intraocular (PIO) era de 14mmHg y el polo posterior normal. En la tomografía de coherencia óptica de polo anterior destacaban bullas subepiteliales inferiores sin alteración estromal ni endotelial. Tras la interrupción del fármaco, la AV mejoró hasta 0,5 con completa resolución de la afectación corneal.

*Conclusión:* Los inhibidores de la ROCK1 son fármacos novedosos con un claro beneficio en el control de la PIO. A pesar de ello, también se han descrito varios EA. El RECE es un EA muy infrecuente asociado a este fármaco, de etiología incierta, que suele afectar a pacientes con patología corneal previa. El cuadro cesa al interrumpir el tratamiento.

CPCC025

### **XEN63 AB-EXTERNO COMO OPCIÓN EFICAZ Y SEGURA EN PACIENTE CON GLAUCOMA SECUNDARIO A QUERATOPLASTIA PENETRANTE.**

Mireia Morell Bel, Joan Tarrús de Vehí.

*Introducción:* El glaucoma es una complicación frecuente tras el trasplante de córnea. En especial, la queratoplastia penetrante (QPP), es la técnica con mayor incidencia de glaucoma secundario en comparación con los trasplantes lamelares. Debido a la confluencia de varios factores (ej. uso de corticoides, disminución del ángulo iridocorneal, formación de sinequias) el manejo tensional puede resultar desafiante requiriendo en un porcentaje de casos la necesidad de intervención quirúrgica.

*Caso clínico:* Reportamos el caso de una mujer de 61 años con antecedente de re-QPP en su ojo derecho (OD), tras fracaso de la primera QPP después de unos 40 años, que acudió refiriendo ojo rojo doloroso. La agudeza visual (AV) era de movimiento de manos (MM). La exploración del segmento anterior reveló importante edema del botón corneal. La cámara anterior (CA) era amplia y, a pesar de la opacidad corneal, se intuía también una catarata madura. La presión intraocular (PIO, Goldman) fue de 48 mmHg. Se inició terapia hipotensora tópica y sistémica intensiva sin corrección efectiva de la PIO requiriendo paracentesis de CA para la normalización tensional. Se le pautó terapia hipotensora tópica máxima y acetazolamida oral y se programó control para decidir manejo. En el control, la AV se redujo a percepción de luz (PL) con PIO de 30 mmHg. Se propuso la implantación de XEN-63 por vía externa debido a la limitada visualización de la CA la cual dificultaría por seguro la colocación ab-interno. En el postoperatorio a las 24h la PIO fue de 4 mmHg, a la semana de 8 mmHg manteniéndose en 8 mmHg a los 3 meses sin medicación ni complicaciones. La AV se mantuvo entre PL y MM. La tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (OCT-SA) permitió visualizar el dispositivo en plano de iris.

*Conclusiones:* El glaucoma secundario a QPP tiene una patogenia controvertida y un manejo desafiante. El XEN-63 ab-externo puede ser una opción eficaz y segura en estos casos, aunque se necesitan más estudios.

CPCC026

### **USO INNOVADOR DEL PRESERFLO MICROSHUNT PARA EL MANEJO DE UNA AMPOLLA AVASCULAR POST-XEN EN UN CASO DE SÍNDROME DE POSNER-SCHLOSSMAN.**

María Pampillón Albert, Javier García Bardera.

*Introducción:* El síndrome de Posner-Schlossman (PSS) se caracteriza por episodios recurrentes de uveítis anterior no granulomatosa aguda y presión intraocular (PIO) elevada pudiendo desarrollarse glaucoma uveítico secundario. Si el tratamiento médico es insuficiente, se recurre a cirugía. Tradicionalmente, la trabeculectomía y los dispositivos de drenaje han sido las principales técnicas quirúrgicas para el glaucoma uveítico. Recientemente, los dispositivos formadores de ampolla como XEN® y PreserFlo MicroShunt™ (PMS), han ganado popularidad. Este caso ilustra el manejo quirúrgico de un glaucoma secundario a PSS mediante el uso del PMS, tras el fracaso de un implante XEN previo que resultó en la formación de una ampolla avascular.

*Caso clínico:* Mujer de 55 años con glaucoma uveítico avanzado secundario a PSS, que había sido tratado previamente con cirugía de implante XEN sin éxito. La paciente mostró un daño glaucomatoso avanzado y una PIO de 33 mmHg a pesar del tratamiento con tres colirios antiglaucomatosos. Se realizó una cirugía de implantación del PMS en el cuadrante nasal superior, acompañado de mitomicina C (MMC) al 0,04% 2,5 minutos, evitando el contacto de esta con el limbo esclerocorneal. Dos meses después de la cirugía con PMS, la PIO se redujo a 8 mmHg sin necesidad de medicación adicional. La ampolla nasal superior mostró un tamaño adecuado y una correcta vascularización. Además, la OCT de segmento anterior confirmó un drenaje correcto, lo que sugiere una resolución efectiva de la complicación avascular provocada por la cirugía previa con XEN.

*Conclusiones:* El PMS demostró ser una alternativa eficaz y segura en el manejo de una ampolla avascular tras un implante XEN fallido en el contexto de glaucoma uveítico secundario a PSS. Este enfoque quirúrgico ofrece una opción viable que puede reducir el riesgo de complicaciones asociadas, como isquemia limbal y diplopía, y potencialmente evitar la necesidad de dispositivos de drenaje.

CPCC027

### **STURGE-WEBER: UN POSIBLE GLAUCOMA MIXTO.**

Hernán Alejandro Sáez Martínez, Ana Ibáñez Muñoz.

*Introducción:* El síndrome de Sturge Weber o angiomatosis encefalotrigeminal es una enfermedad congénita infrecuente de carácter no hereditario causado por una mutación somática del gen GNAQ. Se caracteriza por una malformación facial capilar (mancha en vino de Oporto) asociada a malformaciones venosas y capilares en el cerebro y en el ojo. Las manifestaciones oftalmológicas son casi constantes.

*Caso clínico:* Se presenta un caso clínico de un varón de 48 años con enfermedad de Sturge-Weber en seguimiento en neurología por epilepsia multifocal farmacorresistente con crisis parciales complejas. Tras varios casos de uveítis hipertensiva en ojo izquierdo se decide asociar al tratamiento con corticoides e hipotensores tratamiento antiviral con actividad frente a la familia Herpesviridae. Ante las alteraciones campimétricas y la posible progresión de daño a nivel del nervio óptico se plantea el diagnóstico de glaucoma mixto causado tanto por el síndrome de Sturge Weber como por la uveítis hipertensiva de posible causa herpética. Se solicita una PCR de humor acuoso negativa para herpes. Se adjuntan fotografías de región periorbitaria, polo anterior y posterior, así como pruebas de imagen.

*Conclusiones:* La manifestación oftalmológica más frecuente de síndrome de Sturge Weber es el glaucoma crónico secundario a la alteración en el retorno venoso del humor acuoso, pero se han descrito otras alteraciones como vasos dilatados y aneurismáticos a nivel episcleral como en el caso del paciente que se presenta. Es recomendable la evaluación de otros familiares de riesgo dada la gran expresividad intrafamiliar y la penetrancia casi completa, así como la realización de un fondo de ojo a todos los pacientes con hipodisplasia renal no filiada. A nivel oftalmológico las alteraciones varían desde formas leves con displasias del nervio óptico sin consecuencias funcionales hasta riesgo de ceguera. A nivel sistémico la función renal determina el pronóstico de estos pacientes.

CPCC028

**CIRUGÍA COMBINADA: IMPLANTACIÓN DE LENTE INTRAOCULAR  
ESCLERAL SOLEKO CARLEVALE Y XEN 63 EN PACIENTE CON GLAUCOMA  
PSEUDOEXFOLIATIVO TRAS AFAQUIA QUIRÚRGICA.**

Lourdes Salido Díaz, Miguel Ángel Almendro del Pino.

*Introducción:* El síndrome pseudoexfoliativo (PEX) es una condición sistémica que afecta principalmente al segmento anterior ocular, caracterizada por la acumulación de material fibrilar en diversas estructuras, incluida la zónula. Esta alteración predispone a complicaciones durante procedimientos quirúrgicos, especialmente en pacientes con glaucoma pseudoexfoliativo, donde el control tensional puede requerir abordajes quirúrgicos combinados.

*Caso clínico:* Se presenta el caso de un paciente varón de 70 años con glaucoma pseudoexfoliativo bilateral y control tensional insuficiente bajo tratamiento médico máximo. Se indica cirugía combinada de facoemulsificación e implante de dispositivo XEN 63 en su ojo más comprometido. Durante la cirugía, se evidencia marcada debilidad zonular, lo que provoca la luxación del complejo saco-cristalino durante la hidrodissección. Debido a esta complicación, se suspende el procedimiento y se planifica una segunda intervención.

En el segundo tiempo quirúrgico, se realiza la extracción del complejo luxado y el implante escleral de lente intraocular Carlevale, a cargo de un cirujano retinólogo, junto con la colocación del dispositivo XEN 63. El lente se mantiene estable y bien centrado tras la cirugía. En el posoperatorio inmediato, el paciente presenta hipotensión ocular con presión intraocular de 5 mmHg, desarrollando un desprendimiento coroideo seroso. No obstante, bajo manejo conservador, se logra una reabsorción progresiva del desprendimiento y una recuperación anatómica y funcional favorable.

*Conclusión:* Este caso ilustra la importancia de anticipar posibles complicaciones quirúrgicas en pacientes con síndrome pseudoexfoliativo, como la inestabilidad zonular. Asimismo, demuestra que el implante escleral de lente y el uso de dispositivos de drenaje como el XEN 63 se puede realizar en un mismo acto quirúrgico, consiguiendo buenos resultados visuales y de control tensional en escenarios complejos.

CPCC029

### **PRESERFLO MICROSHUNT COMO ALTERNATIVA EFICAZ EN EL GLAUCOMA ASOCIADO A SÍNDROME DE NANCE-HORAN: SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO.**

María Terrón Vilalta, Marta Pons María.

*Introducción:* El síndrome de Nance-Horan (SNH) es una enfermedad genética rara ligada al cromosoma X, debida a una mutación en el gen NHS. Se caracteriza por presentar anomalías dentales, óticas y oftálmicas: desarrollo de microcornea, cataratas congénitas bilaterales, nistagmo y glaucoma. Este último se produce por un desarrollo anormal de la estructura del ángulo camerular.

*Caso clínico:* Se presenta el caso de un varón de 14 años diagnosticado de glaucoma moderado, secundario a cirugía de catarata congénita en ambos ojos (AO) y asociado al SNH. Fue remitido a nuestro centro por mal control tensional, con una presión intraocular (PIO) de 36 mmHg en ojo derecho (OD) y 32 mmHg en ojo izquierdo (OI) pese a triple terapia hipotensora. En la exploración con lámpara de hendidura destacó la presencia de un nistagmo bilateral y una microcornea aunque con una buena cámara anterior. En la exploración papilar se observaba una papila pálida con disminución del anillo neuroretiniano y una excavación de 0,8 en OD y 0,9 en OI. El campo visual reflejaba un escalón nasal inferior en el OD y un escalón nasal en OI. Se implantó un dispositivo Preserflo en ambos ojos, logrando así una reducción de un 70% sobre la PIO basal (PIO 36 inicialmente versus PIO 10mmHg) a las dos semanas, que se mantuvo hasta tres años más tarde con leves fluctuaciones. Se logró detener el deterioro de la función visual en los campos visuales y la mejora agudeza visual corregida se mantuvo estable.

*Conclusión:* El PreserFlo MicroShunt ha demostrado eficacia y seguridad tensional a largo plazo en este caso de glaucoma asociado a SNH, una entidad infrecuente y sin tratamientos previamente descritos con este dispositivo. Su perfil menos invasivo lo convierte en una opción terapéutica prometedora en glaucomas secundarios complejos y poco frecuentes con alteraciones a nivel del ángulo camerular.

CPCC030

### **CIRUGÍA DE GLAUCOMA EN OJOS NANOFTÁLMICOS: EFICACIA Y RIESGOS DE LOS DISPOSITIVOS DE DRENAJE A LARGO PLAZO.**

José Luis Torres Peña, Miriam Toribio Albarrán.

*Objetivo:* Evaluar la eficacia y seguridad de los dispositivos de drenaje para glaucoma en pacientes con nanofthalmos.

*Métodos:* Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico realizado en el hospital (Madrid), en cuatro pacientes diagnosticados con nanofthalmos. A cada uno se le implantó un dispositivo de drenaje: Ahmed (1 paciente), Molteno de un plato (1 paciente) y Baerveldt (2 pacientes). Todos los procedimientos incluyeron vitrectomía y adelgazamiento escleral.

*Resultados:* La presión intraocular (PIO) prequirúrgica media fue de 32 mmHg (DE +/- 8), reduciéndose a 22 mmHg a los 3 años y a 14 mmHg a los 5 años de seguimiento ( $p = 0,01$ ). La reducción media de la PIO fue del 53 % al año y del 37 % a los cinco años. La necesidad de tratamiento médico disminuyó en promedio en 1,5 (DE 0,3) fármacos por paciente. La agudeza visual media fue de 0,3 y se mantuvo estable tras la cirugía. Se reportó una complicación grave: un bloqueo vítreo-ciliar, que no se resolvió y llevo a fracaso de la cirugía.

*Conclusiones:* La implantación de dispositivos de drenaje puede ser eficaz en el control de la presión intraocular en ojos con nanofthalmos. La vitrectomía asociada desempeña un papel importante como técnica de descompresión en estos ojos. No obstante, debido a la complejidad anatómica de los casos, persiste un riesgo considerable de complicaciones quirúrgicas graves.

CPCC031

### HTO TARDÍA RESUELTA MEDIANTE IRIDOPLASTIA LÁSER PERIFÉRICA (ILP) TRAS IMPLANTE DE ICL.

María del Carmen Yáñez Sánchez, Francisco Javier Abellán Martínez.

*Introducción:* La corrección de la miopía magna mediante lentes fáquicas en cámara posterior -Implantable Collamer Lens (ICL) - se ha consolidado como alternativa eficaz a la cirugía refractiva corneal. No obstante, puede asociarse a complicaciones tardías como hipertensión ocular (HTO) y glaucoma secundario, con una incidencia publicada del 5 % - 10 %. Entre los mecanismos implicados destacan la respuesta esteroidea, la retención de viscoelástico y, con menor frecuencia, el cierre angular crónico por vault excesivo o cámaras anteriores estrechas. Presentamos un caso de HTO tardía resuelta mediante iridoplastia láser periférica (ILP).

*Caso clínico:* Varón de 32 años con miopía magna (-14,25 D) al que se implantó ICL hace 6 años en un centro privado. En el postoperatorio temprano presentó HTO y requirió un recambio de lente. Tras la segunda intervención estuvo con tratamiento con cusimolol cada 12 horas unas semanas y finalmente se dió de alta sin tratamiento. Acude a nuestro centro años después y fue remitido a glaucoma por PIO de hasta 30 mmHg (Goldmann, valores ajustados por paquimetría). En la exploración no se identificaron signos de dispersión pigmentaria ni iris bombé. Gonioscopia: ángulo cerrado (Shaffer 0 en 360°). UBM/OCT-SA: vault alto-límite y apertura angular  $\approx 10^\circ$ , contacto irido-trabecular extenso (cierre angular crónico) [2].

Se decidió iridoplastia láser periférica bilateral antes de probar tratamiento tópico hipotensor o un segundo explante. La contracción del estroma iridiano abrió el ángulo ( $> 270^\circ$  visibles) y redujo la PIO a 18 mmHg sin medicación. La ILP se considera una alternativa menos invasiva para el cierre angular residual tras ICL.

*Conclusiones:* El cierre angular crónico es causa infrecuente de HTO tardía tras ICL. UBM/OCT de segmento anterior son de gran ayuda para confirmar el mecanismo angular. La ILP es eficaz para ampliar el ángulo y evitar cirugías más invasivas.

CPCC032

### **MANEJO QUIRÚRGICO DEL GLAUCOMA UVEÍTICO JUVENIL REFRACTARIO MEDIANTE ESCLEROTOMÍA PROFUNDA NO PENETRANTE (EPNP): A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.**

Cheng Hao Zhan Dong, José Carlos Escribano Villafruela.

*Introducción:* El glaucoma uveítico juvenil representa un desafío terapéutico debido a la inflamación crónica, el uso prolongado de corticosteroides y complejidades anatómicas. Aunque habitualmente se suele optar por dispositivos de drenaje (DDG), no se debe olvidar la Esclerotomía Profunda No Penetrante (EPNP), que ofrece ventajas significativas como un menor riesgo de complicaciones postquirúrgicas, especialmente hipotonía, siendo una alternativa relevante en casos seleccionados.

*Descripción del Caso:* Se presenta el caso de un varón de 22 años con antecedentes de artritis psoriásica juvenil, uveítis anterior recurrente tratada con adalimumab, y queratopatía en banda manejada mediante EDTA y queratectomía. Tras diagnóstico de glaucoma uveítico en 2017, se manejó inicialmente con múltiples fármacos hipotensores tópicos, presentando dificultades en el control tensional.

*Intervención Quirúrgica:* Se realizó Esclerotomía Profunda No Penetrante (EPNP) combinada con Mitomicina C (0,3 mg/dL).

*Resultados:* En un seguimiento a 3 años (2022-2025), se observó una reducción de la presión intraocular (PIO) del 58,3%, disminución significativa del número de fármacos hipotensores a uno solo, manteniendo un adecuado control tensional sin complicaciones mayores postquirúrgicas.

*Conclusión:* La EPNP con Mitomicina C muestra un perfil seguro y eficaz a medio plazo en glaucoma uveítico juvenil refractario en ausencia de inflamación activa. Se recomienda valorar cuidadosamente la elección entre EPNP y dispositivos de drenaje, considerando las características del paciente y la actividad inflamatoria para optimizar los resultados quirúrgicos.

CPCC033

### **HEMIANOPSIA HOMÓNIMA DERECHA COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN DE UNA ESQUIZENCEFALIA EXTENSA.**

Ana María Abad Pascual, Javier Ramos Duarte.

*Introducción:* La esquizencefalia es una malformación cerebral congénita infrecuente, cuyo diagnóstico puede pasar desapercibido si la clínica es sutil o inespecífica. En algunos casos, las manifestaciones iniciales pueden limitarse a síntomas visuales.

*Caso clínico:* Varón de 25 años que acude en varias ocasiones a urgencias por episodios de pérdida visual en hemicampo derecho. La agudeza visual era de 20/20 en ambos ojos, con exploración del segmento anterior y fondo de ojo completamente normal. Ante la ausencia de hallazgos oftalmológicos, los episodios fueron atribuidos inicialmente a aura migrañosa. Sin embargo, ante la persistencia del cuadro, se realizó un campo visual que evidenció una hemianopsia homónima derecha. La resonancia magnética mostró una esquizencefalia de labio abierto bilateral, con afectación extensa del hemisferio cerebral izquierdo. A pesar de la malformación estructural significativa, la clínica visual era el único síntoma aparente.

*Conclusión:* La presencia de una hemianopsia homónima derecha debe alertar sobre patología retroquiasmática. Este caso pone de manifiesto que una exploración oftalmológica normal no excluye lesiones significativas en la vía visual, y destaca la importancia de realizar una evaluación neurooftalmológica completa, incluyendo neuroimagen, ante síntomas visuales persistentes o atípicos.

CPCC034

### **LHON DE INICIO TARDÍO EN UN PACIENTE DE 70 AÑOS. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Víctor Jesús Altares Mateos, María Castro Rebollo.

*Introducción:* La neuropatía óptica de Leber (LHON), primera enfermedad mitocondrial en ser descrita cursa con pérdida visual bilateral severa en varones jóvenes. Sin embargo, puede presentarse tardíamente en adultos mayores, como en el caso que se expone.

*Caso clínico:* Se trata de un paciente de 70 años que presenta catarata nuclear avanzada en ambos ojos. Tras realizarse facoemulsificación del ojo izquierdo y en la revisión del mes no hay ganancia de agudeza visual. Tras un examen exhaustivo se identificó la presencia de un escotoma central amplio en ojo izquierdo, así como en hemicampo temporal del ojo derecho. Posteriormente, tras realizarse pruebas de neuroimagen, analítica y pruebas genéticas, se detecta la mutación mitocondrial T14484C, confirmando el diagnóstico de LHON.

*Conclusiones:* Este caso poco frecuente subraya la importancia de considerar la LHON como diagnóstico diferencial en pacientes mayores con pérdida visual inexplicada, incluso en ausencia de antecedentes familiares.

La atención debe ser interdisciplinar, con seguimiento genético, soporte psicológico y control de comorbilidades, garantizando una atención integral al paciente y sus familiares.

CPCC035

### **SÍNDROME DEL UNO Y MEDIO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Jorge Álvarez González, Kyara Vaneska Marqués Cavalcante.

*Introducción:* El síndrome del uno y medio es un trastorno poco frecuente caracterizado por combinación de parálisis de la mirada horizontal conjugada hacia un lado y parálisis de la abducción del ojo ipsilateral. Como resultado, el único movimiento horizontal preservado es la abducción del ojo contralateral, generalmente con nistagmus.

*Caso clínico:* Mujer de 75 años que acude al Servicio de Urgencias por diplopía binocular aguda de dos horas de evolución.

Antecedentes personales: Hipertensa, dislipemia, obesidad.

Miocardopatía hipertrófica genética.

Exploración oftalmológica en Urgencias: Se objetiva parálisis del III par craneal derecho con ptosis asociada.

TC craneal: Ictus isquémico agudo vertebrobasilar derecho, infarto de Percherón de cronología subaguda y enfermedad isquémica crónica de pequeño vaso.

De esta manera, ingresa por ictus de probable etiología cardioembólica.

Evolución: Acude a consulta de Neuro-oftalmología al mes del alta hospitalaria con:

- Midriasis hiporeactiva en ambos ojos (AO).
- Ptosis mayor en ojo derecho (OD).
- Exotropía derecha y consecuente diplopía binocular.
- Limitación aducción, supraducción e infraducción AO.
- Ausencia de convergencia.

Resumen: Parálisis mirada horizontal izquierda y parálisis aducción derecha con nistagmo en abducción.

En posteriores revisiones, persiste diplopía binocular con mala adaptación a prismas, siendo únicamente posible la oclusión ocular alterna como tratamiento hasta el momento actual.

Diagnóstico diferencial:

- Parálisis supranuclear de la mirada horizontal.
- Síndrome de Foville.
- Síndrome del «ocho y medio».

Diagnóstico: Síndrome del «uno y medio».

*Conclusión:* El síndrome del uno y medio es una manifestación neurológica que afecta la movilidad ocular. Su etiología más frecuente es vascular y el tratamiento generalmente conservador. Su diagnóstico es fundamental para identificar lesiones en el tronco encefálico, y orientar un manejo adecuado.

CPCC036

### **PUPILA TÓNICA DE ADIE: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Clara Andorrà Rosiñol, Marta Carrera Tarrés.

*Introducción:* La pupila tónica de Adie es una entidad benigna que se caracteriza por presentar una midriasis unilateral (en un 80% de los casos) con reflejos fotomotores directo y consensuado ausentes o lentos. Se produce por una alteración en las fibras parasimpáticas, viéndose afectado el esfínter de la pupila y el músculo ciliar. En todos los casos de anisocoria, es fundamental conocer bien su manejo para evitar la realización de pruebas diagnósticas innecesarias.

*Caso clínico:* Se presenta el caso de una mujer de 50 años a quien, a raíz de un episodio de cefalea, se detecta una anisocoria con midriasis del ojo derecho, sin observarse otras focalidades neurológicas. Se decide realizar una angio-TC en urgencias que descarta patología intracraneal aguda. La paciente es derivada a la consulta de neurooftalmología por visión borrosa y dificultad para adaptarse a los cambios de luminosidad. A la exploración, la pupila derecha responde de manera lenta a la luz directa y al iluminar el ojo contralateral, pero conserva el reflejo acomodativo. La anisocoria es más evidente en condiciones de luz y en la lámpara de hendidura se observan movimientos vermiformes en el borde pupilar. Se realiza el test de la pilocarpina diluida al 0,125% observando una constricción pupilar del ojo derecho tras su instilación.

*Conclusión:* Es importante conocer esta patología de carácter benigno que se caracteriza por una pupila midriática más evidente en condiciones de luz, reflejo fotomotor directo y consensual lento o ausente y disociación luz-acomodación. Tras test de pilocarpina al 0,125% se observa constricción de la pupila afecta. La pupila tónica de Adie no requiere exploraciones complementarias y su tratamiento es sintomático.

CPCC037

### **EDEMA DE PAPILA UNILATERAL ATÍPICO COMO RETO DIAGNÓSTICO EN NEUROPATÍA ÓPTICA COMPRESIVA.**

Aina Bals Genestar, Beatriz De Frutos Rodríguez.

*Introducción:* el edema de papila es un hallazgo clínico relevante pero inespecífico, asociado a múltiples etiologías neurológicas, oftalmológicas y sistémicas. Características como la lateralidad, edad del paciente, forma de instauración, antecedentes y síntomas acompañantes son claves para orientar el diagnóstico y el manejo. Además, la evaluación fundoscópica nos ayudará a diferenciar entre un edema verdadero y un pseudo-edema de papila.

Reconocer los patrones clínicos de los cuadros típicos y sus variaciones es esencial para evitar retrasos diagnósticos o procedimientos innecesarios, y establecer un abordaje terapéutico. Presentamos el caso de un edema de papila unilateral atípico que planteó un desafío diagnóstico inicial

*Caso clínico:* paciente mujer de 45 años que acude porque hace dos meses que presenta visión borrosa del ojo derecho. La agudeza visual de ese ojo es de 0,4, presenta DPAR y el test Ishihara alterado. El polo anterior y la presión intraocular son normales, pero en el fondo de ojo se observa una papila con márgenes y contorno vascular bien delimitados, sin hemo peripapilares, pero con sobreelevación de la papila y pliegues coroides a nivel peripapilar y macular. Ante este hallazgo, la actitud inicial fue solicitar una analítica sanguínea y TC craneal y orbitario, donde se observa una tumoración a nivel del nervio óptico derecho intraorbitario.

*Conclusiones:* las neuropatías ópticas de origen compresivo o infiltrativo deben considerarse dentro del diagnóstico diferencial de cualquier neuropatía óptica, independientemente de la edad, el patrón de afectación (uni o bilateral), la presencia o ausencia de edema papilar, y la velocidad de instauración del cuadro. Ante la sospecha de un cuadro compresivo es imprescindible realizar una prueba de imagen y su inclusión en el enfoque diagnóstico es clave para evitar retrasos en la detección de patologías potencialmente graves.

CPCC038

### **NEUROPATÍA ÓPTICA ISQUÉMICA ANTERIOR ARTERÍTICA; BILATERALIZACIÓN TRAS EL INICIO DEL TRATAMIENTO CORTICOIDEO.**

Celso Bande Domínguez, Yoana Rodríguez Arias.

*Introducción:* La neuropatía óptica isquémica anterior arterítica (NOIA-A) representa una urgencia oftalmológica en la que el diagnóstico precoz e inicio del tratamiento con altas dosis de corticoides es imprescindible para evitar el riesgo de ceguera bilateral.

*Caso clínico:* Presentamos el caso de una paciente de 84 años de edad que acude a urgencias por pérdida de agudeza visual de ojo izquierdo (OI) de 18 horas de evolución. La exploración de dicho ojo evidencia alteración severa de agudeza visual (percepción de luz) y edema de papila sin alteraciones vasculares retinianas, siendo la exploración del ojo derecho (OD) normal. Se solicita analítica urgente que muestra elevación de VSG. Ante la alta sospecha de NOIA-A en el contexto de una arteritis de células gigantes (ACG) se deriva a la paciente a medicina interna procediéndose a su ingreso y se inicia tratamiento con altas dosis de corticoides, sin detectarse cambios en la clínica en las siguientes 48 horas. Al tercer día del ingreso la paciente refiere alteración visual del OD, y en la exploración de dicho ojo se aprecia edema de papila y agudeza visual alterada con daño campimétrico. La paciente continúa con la terapia con corticoides. En los días después se confirmó diagnóstico de AAS tras biopsia de arteria temporal. Tres meses después presenta en el primer ojo afectado agudeza visual (AV) de percepción de luz y abolición del campo visual, conservando en el ojo contralateral una AV de 0,5 con daño campimétrico importante. Dos años después la se mantiene estable.

*Conclusiones:* Ante la sospecha clínica de una ACG como causa de un cuadro agudo de NOIA-A se debe de instaurar tratamiento con altas dosis de corticoides lo más precozmente posible para evitar la pérdida de visión severa bilateral. En casos como el que presentamos, a pesar la afectación bilateral, el ojo que se afectó estando ya la paciente en tratamiento con corticoides conservó cierto grado de visión.

CPCC039

### **SÍNDROME DE HORNER IATROGÉNICO TRAS CIRUGÍA RAQUÍDEA.**

Sarra Bouchoutrouch, Marta Comes Carsí.

*Introducción:* el síndrome de Horner (SH) es una manifestación neurológica causada por una interrupción en la vía oculosimpática. Según el nivel de la lesión, se clasifica como central, pre o postganglionar. Clínicamente se caracteriza por ptosis, miosis, enoftalmos y, dependiendo del nivel de lesión, anhidrosis. Aunque entre las causas iatrogénicas del SH se encuentran principalmente las secundarias a cirugías de cuello, las intervenciones raquídeas torácicas representan también un riesgo potencial de lesión.

*Caso clínico:* varón de 26 años, sin antecedentes oftalmológicos de interés, que consulta por una asimetría pupilar percibida tras una cirugía correctora de cifosis dorsal. La exploración oftalmológica evidencia una anisocoria por miosis de OI, acompañada de una leve ptosis del párpado superior izquierdo. El test de apraclonidina al 0,5% muestra reversión de la anisocoria inicial confirmando el diagnóstico. El estudio radiológico revela la presencia de instrumentación vertebral torácica (barras y tornillos pediculares) correspondiente a la corrección quirúrgica de cifosis y un drenaje quirúrgico tipo Radon con marcadores espirales, proyectado hacia la región paravertebral izquierda, adyacente a los niveles T1-T3, con probable afectación del ganglio estrellado. El test con fenilefrina al 1%, unido a la ausencia de anhidrosis ipsilateral a la lesión, es congruente con los hallazgos radiológicos ya que apoya el diagnóstico de SH izquierdo de probable localización postganglionar.

*Conclusiones:* el diagnóstico es fundamentalmente clínico. Aunque disponemos de test farmacológicos tanto confirmatorios como localizadores, estos nunca deben sustituir o retrasar la realización de pruebas de imagen que aportan el diagnóstico etiológico definitivo. El SH iatrogénico tras cirugía raquídea es una complicación extremadamente rara y la literatura médica es muy limitada al respecto. Nuestro caso ilustra una complicación poco frecuente pero relevante de estos procedimientos.

CPCC040

### NEUROPATÍA ÓPTICA TRAS CIRUGÍA DE POLIPOSIS NASAL.

José Calzado Hinojosa, Margarita Valverde Gubianas.

*Introducción:* Nuestra paciente es una mujer de 59 años que, tras una intervención por poliposis nasal reciente en una clínica privada de Otorrinolaringología que se complicó, ha sufrido una pérdida de agudeza visual grave en su ojo izquierdo.

*Caso clínico:* En su exploración la agudeza visual está reducida a cuenta dedos a 2 metros en el ojo izquierdo y tiene una biomicroscopía normal y funduscopia que evidencia una excavación de la papila de 0,5 sin edema. La tomografía de coherencia óptica de mácula muestra una atrofia difusa y la de nervio óptico refleja también su atrofia, en especial, en los cuadrantes superior e inferior. La campimetría fue coherente con nuestros hallazgos.

Aporta una tomografía axial computarizada craneal que refleja una hemorragia que ocupa la región orbitaria retroseptal izquierda con efecto masa y desplazamiento medial del nervio óptico y las estructuras vasculares adyacentes.

*Conclusiones:* Existe una relación directa entre las complicaciones de la cirugía de la poliposis nasal y el daño en el nervio óptico de la paciente.

CPCC041

**AUSENCIA DE RESPUESTA A FIBRINOLISIS EN OACR POR ÉMBOLO CÁLCICO:  
¿DEBERÍA INCLUIRSE LA ECOGRAFÍA EN EL PROTOCOLO?.**

Ana Flores Cano, Roberto López Mancilla.

*Introducción:* Presentamos el caso de un paciente varón de 51 años, diabético y dislipémico, sin otros antecedentes de interés, que acude a urgencias por pérdida de visión súbita de ojo derecho (OD) de una hora de evolución.

*Caso clínico:* A la exploración, se observa agudeza visual en OD de movimiento de manos y 1 en ojo izquierdo (OI). El polo anterior es normal, mientras que en el fondo de ojo de OD se encuentra la papila a nivel, bien delimitada, con tres estrechamientos vasculares peripapilares y mancha rojo cereza en polo posterior. No hay signos de retinopatía diabética y el fondo de OI es normal.

Ante sospecha de obstrucción de arteria central de la retina (OACR), se contacta inmediatamente con neurología que inicia protocolo ictus-retina y, tras TC craneal y angio-TC de troncos supraaórticos, procede a fibrinólisis intravenosa. A pesar de la precocidad de la consulta y de la actuación, el paciente no muestra mejoría visual a las 48 horas de la fibrinólisis.

La semana siguiente, en revisión en consulta, se confirma mancha rojo cereza y pérdida de visión mantenida. Se realiza ecografía ocular en modo B, en la que se encuentra signo del spot cálcico intrapapilar con sombra posterior.

*Conclusiones:* La realización de fibrinólisis IV ante la OACR es un tema aún debatido dada la ausencia de ensayos clínicos aleatorizados concluyentes y los riesgos que el procedimiento conlleva para el paciente. En este caso, sospechamos que la presencia de un émbolo cálcico pudo ser la causa de que el paciente no respondiera a la fibrinólisis. Esto nos lleva a preguntarnos si la ecografía ocular para descartar «signo del spot» podría incluirse en los protocolos ictus-retina que se están realizando actualmente en diversos hospitales, para contribuir a la decisión clínica de administrar o no la fibrinólisis.

CPCC042

### **MACROADENOMA HIPOFISARIO DIAGNOSTICADO POR AFECTACIÓN DE CÉLULAS GANGLIONARES: UN CASO DE DEGENERACIÓN TRANSINÁPTICA RETRÓGRADA.**

Silvia Carolina García Gago, Irene Platas Moreno.

*Introducción:* La degeneración transináptica (DT) o transneuronal es la pérdida de función en neuronas conectadas a otras lesionadas, inicialmente a distancia. Según el origen y la dirección del daño, se clasifica en degeneración anterógrada o retrógrada. En la vía óptica, la DT retrógrada afecta capas de la retina como consecuencia de una lesión en neuronas situadas posteriormente, cuya pérdida provoca la desaparición del estímulo metabólico necesario para la función de las células ganglionares (CG).

*Caso clínico:* Mujer de 76 años en seguimiento en Oftalmología por diabetes mellitus. En la última revisión, presentaba agudeza visual de 1 en ambos ojos. Sin embargo, se observaron papilas ópticas pálidas con aumento de excavación, sin signos sistémicos asociados.

La tomografía de coherencia óptica (OCT) de CG mostró un patrón de pérdida binasal, confirmado por un defecto bitemporal en la campimetría. La OCT de la capa de fibras nerviosas de la retina (RNFL) reveló, en el ojo derecho, un defecto absoluto inferior y en el izquierdo, afectación en todos los cuadrantes.

Ante la sospecha de lesión en el quiasma óptico, se solicitó resonancia magnética nuclear, que evidenció un macroadenoma hipofisario.

*Conclusiones:* La DT retrógrada ocurre cuando una lesión en neuronas de tercer orden daña a las CG con las que hacen sinapsis. Como resultado, se produce atrofia de la capa de CG, la RNFL o la membrana limitante interna, visibles mediante OCT.

El patrón de afectación en OCT permite orientar el diagnóstico de lesiones estructurales en la vía visual posterior, como en macroadenomas hipofisarios. La evolución de esta atrofia también aporta información sobre la progresión de la enfermedad y su posible recuperación tras cirugía.

La OCT es una técnica no invasiva, más objetiva que la perimetría y menos dependiente de la colaboración del paciente. Permite detectar precozmente el daño axonal y tiene valor pronóstico en el seguimiento funcional posquirúrgico.

CPCC043

**NEURORRETINITIS INFECCIOSA POR ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO:  
A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Ane López de Calle Cortázar, Clara Fernández Sáez.

*Introducción:* La neurorretinitis infecciosa por Bartonella henselae es la causa más frecuente de neurorretinitis infecciosa a nivel mundial. Su sospecha temprana y el inicio del tratamiento empírico son claves en la evolución y pronóstico de la enfermedad.

*Caso clínico:* Varón de 48 años que acude a urgencias por disminución de agudeza visual (AV) en ojo derecho de 7 días de evolución. En la anamnesis, el paciente no refiere otra clínica y como dato a destacar refiere tener un gato. La exploración determinó una AV de 0,15 en dicho ojo. El fondo de ojo (FO) reveló edema de papila con hemorragias peripapilares y exudados duros en el haz papilomacular sugestivos de inicio de estrella macular. La tomografía de coherencia óptica de mácula (OCTm) y de capa de fibras nerviosas retinianas (OCT CFNR) objetivaron edema macular y de capa de fibras nerviosas respectivamente. Se solicitaron una analítica básica, serologías y un campo visual (CV). Paralelamente, se instauró tratamiento con Doxiciplina 100 mg cada 12 horas. En las revisiones, se halló IgG+ para Bartonella henselae. Se observó una hemiestrella macular más florida que al inicio, seguida de la resolución del edema de papila y edema macular. Actualmente, el paciente presenta una AV de 0,8 y un mínimo defecto inferior nasal residual en su CV.

*Conclusiones:* Ante una neurorretinitis, es esencial hacer una anamnesis y estudio orientados a descartar causas infecciosas. Entre estas, la Bartonella henselae como causa más frecuente, siendo fundamental la instauración de tratamiento empírico ante su sospecha. Aunque la mayoría de los casos se deben a infección aguda con clínica sistémica e IgM+, hay casos de etiología postinfecciosa inmune con IgG+ y clínica ocular aislada. La aparición de la estrella macular puede ser diferida, por difusión del edema desde el nervio óptico a lo largo del haz papilomacular. Aunque la resolución del edema macular asocia una mejoría de AV en más del 80% de los pacientes, una minoría mantendrán AV bajas.

CPCC044

### **ETIOLOGÍA INFRECUENTE DE SÍNDROME DE HORNER POR NÓDULO TIROIDEO, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.**

Olga Martínez González, Marina Pardo de Andrade Pérez.

*Introducción:* El síndrome de Horner puede estar en relación con diversas etiologías, es de suma importancia identificar y diagnosticar correctamente este cuadro por el riesgo vital que puede suponer para los pacientes, por ejemplo, ante una disección carotídea o tumores del ápex pulmonar. Otras causas menos frecuentes son las cirugías de cuello o la patología tiroidea.

*Caso clínico:* Acude a urgencias un varón de 50 años por apreciar su ojo derecho más cerrado desde hace 10 días. Como antecedentes presenta cardiopatía isquémica crónica, hipertensión arterial y bocio normofuncionante tiroideo. En la exploración oftalmológica destaca una anisocoria con pupila derecha miótica, 2 mm frente a 5 mm en condiciones escotópicas y 1 mm frente a 3 mm en situación fotópica. Además de una ptosis de 2mm que no mejora con test de hielo. Se decide realización de pruebas de imagen: radiografía de tórax y angio-tomografía computarizada de troncos supraaórticos. Los resultados de las pruebas ponen de manifiesto un nódulo tiroideo en lóbulo derecho de 5,2x4 cm que desplaza arteria carótida común, vena yugular derecha y la tráquea. El paciente es valorado tanto por el servicio de neurología como por otorrinolaringología para descartar compromiso grave de la vía aérea. El paciente es sometido a hemitiroidectomía tras estudio por endocrinología por el tamaño del nódulo y las alteraciones neurológicas que estaba produciendo.

*Conclusión:* Los pacientes con sospecha de ptosis precisan una valoración minuciosa de los párpados y los anejos, sin olvidar las pupilas. Los síntomas y signos del síndrome de Horner pueden pasar desapercibidos o ser sutiles, identificarlo y realizar un correcto diagnóstico etiológico es crucial. En este caso presentamos un paciente con una causa infrecuente de síndrome de Horner, que requiere de la participación multidisciplinar para el manejo de su patología.

CPCC045

### **APAGÓN VISUAL EL DÍA DEL APAGÓN.**

Victoria Miralles Martínez, Juan Antonio Miralles de Imperial Ollero.

*Introducción:* La pérdida visual aguda constituye un motivo de consulta frecuente en las urgencias oftalmológicas. Su abordaje diagnóstico representa un reto clínico, y requiere distinguir entre múltiples etiologías, incluyendo causas retinianas, maculares, vasculares y neuropáticas. Presentamos un caso de amaurosis monocular súbita, cuya particularidad no solo radica en su etiología poco habitual, sino también en la coincidencia temporal con un apagón energético a nivel nacional.

*Caso clínico:* Mujer de 65 años, con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia, que consulta por pérdida de visión súbita en el ojo izquierdo (OI), precedida de dolor y tumefacción preauricular homolateral. La exploración oftalmológica del OI revela agudeza visual de movimiento de mano y midriasis media, PIO de 5 mmHg, con segmento anterior y fondo de ojo sin alteraciones. La TC craneal fue anodina. Se decide ingreso para estudio neurológico. La resonancia magnética cerebral con angio-RM evidencia oclusión completa de las arterias carótida común, interna y externa izquierdas, con signos de neuropatía óptica isquémica subaguda y focos isquémicos frontales izquierdos (territorio frontera ACA-ACM). La arteriografía cerebral confirma la oclusión sin criterios de intervención endovascular. Se inicia tratamiento médico conservador con antiagregación, estatinas y control estricto de factores de riesgo cardiovascular.

*Conclusiones:* El síndrome isquémico ocular debe sospecharse ante una pérdida visual monocular aguda en pacientes con factores de riesgo vascular, especialmente cuando coexisten síntomas atípicos como dolor facial o cervical. En este caso, la paciente no desarrolló focalidad neurológica adicional gracias a la compensación del flujo cerebral por el polígono de Willis; sin embargo, la arteria oftálmica, como rama terminal de la carótida interna, resultó afectada. Aunque el pronóstico visual es reservado, el abordaje precoz puede prevenir complicaciones cerebrovasculares mayores.

CPCC046

### UTILIDAD DE LA PRUEBA DEL HIELO PARA EL DESPISTAJE DE MIASTENIA GRAVIS OCULAR EN CASOS DE ESTRABISMOS ATÍPICOS.

Álvaro Moreno Guerrero, Roberto López Mancilla.

*Introducción:* La miastenia gravis (MG) es una enfermedad autoinmune que cursa con debilidad y fatiga muscular fluctuante debido a autoanticuerpos que destruyen los receptores de acetilcolina del músculo estriado. Una de las pruebas utilizadas para su diagnóstico es el test del hielo, que posee una alta sensibilidad y especificidad para su diagnóstico.

*Caso clínico:* Varón de 67 años con antecedentes de estrabismo fluctuante de ojo izquierdo (OI) desde hace 2 años, asintomático hasta ahora con corrección prismática.

Acude por aparición brusca de 24 horas de evolución de ptosis bilateral junto con exacerbación de la diplopía binocular. A la exploración, muestra una severa ptosis de ambos párpados superiores junto con una limitación compleja y fluctuante de la motilidad extrínseca de ambos ojos (AO). Tras un TC de cráneo y órbitas sin alteraciones, se decide realizar la prueba del hielo en consulta, dando un resultado positivo a los 2 minutos con apertura ocular espontánea del paciente y mejoría de la motilidad ocular.

Estos hallazgos, orientaron claramente hacia una miastenia gravis ocular, que fue confirmada mediante una analítica con anticuerpos anti – receptor de acetilcolina positivos. Se solicitó un TC de tórax, donde se puso de manifiesto un timoma de unos 22 mm que fue intervenido. Tras cirugía y tratamiento con corticoides orales y piridostigmina iv, la ptosis y la diplopía evolucionaron favorablemente.

*Conclusiones:* Ante una ptosis palpebral u oftalmoparesia de etiología desconocida, la prueba del hielo es un test fácil, rápido, barato y efectivo para el diagnóstico diferencial. Se basa en que el frío mejora la transmisión neuromuscular gracias a que inhibe la degradación de acetilcolina. Por tanto, se trata de una herramienta útil como orientación rápida en consultas, que junto a una clínica compatible pueden prácticamente asegurar el diagnóstico.

CPCC047

### **EDEMA DE PAPILA BILATERAL SECUNDARIO A ANEMIA SEVERA: COMUNICACIÓN DE UN CASO.**

Lorena Picasso Simón, María Castro Rebollo.

*Introducción:* El papiledema es el edema de papila bilateral secundario a la hipertensión intracraneal. La forma más frecuente aparece en el contexto de hipertensión intracraneal idiopática. Sin embargo, la hipertensión intracraneal se ha relacionado con una larguísima lista de potenciales causas entre ellas la anemia.

*Caso clínico:* Mujer de 50 años que acude por fotopsias y visión borrosa del OD de 1 semana de evolución, en tratamiento por dislipemia. La AV es de 0,6 en OD y el polo anterior es normal. Presenta defecto pupilar aferente relativo dudoso en OD. En el FO se observa edema de papila del OD con hemorragias peripapilares y en polo posterior. El TAC de urgencias es normal y en el hemograma presenta, VSG de 8mm/hora, hemoglobina 4,2g/dl y un hematocrito de 15,4%. Se le transfunden 3 concentrados de hematíes. A los 15 días, la AV es de 1 en ambos ojos (AO) y el FO y la OCT muestran resolución del edema. Se estudia en Medicina Interna, con bioquímica normal, Hb 9,3 g/dL, Htco: 15,4 % VCM 72,2fL, hierro 13 µg/dl, Transferrina (T) 466 mg/dL, Ferritina (F) <5ng/mL, Saturación Transferrina (ST) 2%, con autoanticuerpos y serología negativos, siendo diagnosticada de anemia ferropénica de origen ginecológico e HTA. Tras 2 meses de terapia intensiva con hierro oral y terapia hormonal para controlar la menstruación, la AV es de la 1 en AO, con campo visual (CV) normal junto con papilas normales en AO y el hemograma presenta Hb 12 g/dL, Htco: 34,8 % VCM 87,2fL, hierro 72 µg/dl, T 332 mg/dL, F 23ng/mL y ST 15,5%.

*Conclusión:* Presentamos el caso de una paciente que acudió a nuestro centro con edema de papila bilateral y anemia severa en la que el tratamiento de la anemia condujo a la reversión inmediata del edema de papila.

CPCC048

### **VIGABATRINA, ¿EFECTO IDIOSINCRÁSICO O TOXICIDAD OCULAR?**

Gema Rodas Cuevas, José Manuel Hens Gutiérrez.

*Introducción:* La vigabatrina es un análogo estructural del GABA con aplicaciones terapéuticas en algunos trastornos convulsivos.

Entre sus efectos adversos, se observa una toxicidad ocular dependiente de dosis consistente en defectos en el campo visual periférico, palidez y atrofia del disco óptico, hipopigmentación retiniana y arrugas maculares. La pérdida de visión asociada al tratamiento con vigabatrina es en la mayoría de los casos irreversible. Sin embargo, la mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos clínicamente.

*Caso:* presentamos el caso de un paciente asintomático en el que se observaron defectos concéntricos en el campo visual y alteraciones en el examen fundoscópico de ambos ojos compatibles con los efectos adversos oculares provocados por la vigabatrina.

Las alteraciones observadas remitieron de forma completa tras la retirada del fármaco.

*Conclusión:* se debe realizar un seguimiento oftalmológico cada 3 meses a todos los pacientes tratados con vigabatrina y entre 3 y 6 meses a aquellos que han suspendido el tratamiento. El examen debe incluir pruebas complementarias como campo visual, retinografías, electroretinogramas y tomografías de coherencia óptica para detectar posibles efectos adversos y valorar la retirada del fármaco cuando los riesgos superen a los beneficios de esta terapia anticonvulsiva.

CPCC049

### GLIOMA DEL NERVIÓ ÓPTICO DE PRESENTACIÓN TARDÍA: VALOR DE LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA Y RESONANCIA MAGNÉTICA.

Claudia Rodríguez Blanco, Luis Javier Fernández Alvarado.

*Introducción:* Los gliomas del nervio óptico son tumores infrecuentes, benignos y de crecimiento lento, que afectan principalmente a niños. En adultos su diagnóstico puede retrasarse por una presentación clínica insidiosa, con síntomas como pérdida visual progresiva o edema de papila.

*Caso clínico:* Paciente mujer de 87 años que consultó por pérdida progresiva de agudeza visual en el ojo izquierdo (OI). Se realizó cirugía de facoemulsificación sin observarse mejoría visual, persistiendo percepción de luz. En la exploración del fondo de ojo, el ojo derecho (OD) presentaba mácula y papila de aspecto conservado, mientras que en el OI se evidenció un edema de papila sectorial que posteriormente evolucionó hacia palidez y atrofia progresiva.

Ante estos hallazgos, se solicitó una primera resonancia magnética (RM) cerebral, en la que se evidenció un discreto engrosamiento con hiperseñal del nervio óptico izquierdo en el contexto de cambios inflamatorios, compatibles con neuritis óptica. La tomografía de coherencia óptica (OCT) del nervio óptico izquierdo mostró un adelgazamiento progresivo de la capa de fibras nerviosas peripapilares. Sin embargo, en controles sucesivos se evidenció un engrosamiento del nervio, lo que motivó la solicitud de una nueva RM ante la sospecha de un proceso tumoral, que mostró engrosamiento, tortuosidad y captación de contraste del nervio óptico izquierdo, con afectación hasta el segmento prequiasmático, hallazgos compatibles con glioma del nervio óptico. Se instauró tratamiento con radioterapia externa (25 sesiones; dosis total de 50 Gy), observándose estabilidad clínica posterior.

*Conclusiones:* Los gliomas del nervio óptico en adultos pueden simular otras patologías oftalmológicas. La correlación clínica, oftalmológica y radiológica es fundamental. La RM y el OCT son esenciales para el diagnóstico y seguimiento.

CPCC050

### **DÉFICIT VISUAL POR TRIPTORELINA.**

Lucía Sánchez Arquero, Margarita Valverde Gubianas.

*Introducción:* La paciente es una niña de 8 años con visión borrosa tras iniciar el tratamiento con triptorelina. Esta sustancia es un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina usada en niños a partir de los 2 años para frenar la pubertad precoz central.

*Caso clínico:* Tras su exploración comprobamos una agudeza visual bilateral comprometida (0,2 y 0,3) con una biomicroscopía y una funduscopia normales. Así mismo, la tomografía de coherencia óptica de la mácula y nervio óptico fueron también normales. Se solicitan unos potenciales evocados visuales y resonancia nuclear magnética craneal. La resonancia revela una hemorragia hipofisaria supra y laterosellar que comprime el quiasma óptico.

*Conclusiones:* Es posible establecer una correlación entre el tratamiento con triptorelina y la visión borrosa en nuestra paciente. Por este motivo, se inicia el tratamiento con glucocorticoides y se interconsulta con Neurocirugía para valorar la necesidad de intervención quirúrgica.

CPCC051

**PAPILOPATÍA DE LUBOW: UNA NEUROPATÍA ÓPTICA ISQUÉMICA NO ARTERÍTICA (NOIANA) INCIPIENTE EN PACIENTES DIABÉTICOS RECOMENDACIONES QUIRÚRGICAS A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Sofía Sánchez de Lara, Laura Manfreda Domínguez.

*Introducción:* La papilopatía de Lubow o diabética (PD) se define como un edema de disco óptico, uni o bilateral, que ocurre en pacientes con diabetes mellitus, en ausencia de otra etiología demostrable. Se presenta con poca o ninguna disfunción visual, y tiende a ser autolimitada con buen pronóstico visual. Por otro lado, la Neuropatía Óptica Isquémica Anterior No Arterítica (NOIANA) es la causa más común de neuropatía óptica aguda en >50 años. Se caracteriza por pérdida brusca de visión, edema de disco, defecto pupilar aferente y alteraciones campimétricas. Se ha descrito un estadio clínico asintomático más temprano: la NOIANA incipiente.

*Caso:* Paciente de 51 años, diabético y dislipémico, asintomático, que es remitido por hallazgo incidental de edema de papila bilateral con hemorragias peripapilares en una retinografía rutinaria. La exploración inicial mostró AV de 1 en ambos ojos, una campimetría con aumento de la mancha ciega en OI, y una OCT con engrosamiento de RNFL bilateral. A los 3 meses el paciente aquejó escotoma de inicio brusco en OI. La AV fue de 1 excéntrico, la campimetría mostró un defecto profundo inferior en ese ojo. La OCT objetivó un empeoramiento del edema de papila y un adelgazamiento marcado de la GCL, no presente previamente.

*Conclusión:* La PD es considerada un diagnóstico de exclusión y se asocia a cambios microvasculares en el disco óptico relacionados con la diabetes. Nuestro paciente era DMID y el cuadro inicial impresionaba de PD. Sin embargo, la progresión a los 3 meses a NOIANA clásica planteó el diagnóstico diferencial con una entidad recientemente descrita por Hayre: la NOIANA incipiente o preclínica. Esta está definida por 3 criterios, que se ajustan al caso presentado: 1) edema de disco, 2) ausencia de pérdida de visión y 3) exclusión de otras causas. Se plantea la posibilidad de que la PD corresponda a una NOIANA incipiente propia de pacientes con DM, que, aunque suele ser autolimitada, podría evolucionar a NOIANA establecida.

CPCC052

### **LA OCT COMO POSIBLE BIOMARCADOR ESTRUCTURAL EN EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.**

Jara E. Sauqué Giménez, Esther Arranz Márquez.

*Introducción:* Estudios recientes han revelado alteraciones significativas en las capas internas de la retina, especialmente en la capa de células ganglionares (CCG) y la capa plexiforme interna (CPI), en pacientes con trastorno del espectro autista (TEA). Estos hallazgos sugieren que la tomografía de coherencia óptica (OCT) podría aportar biomarcadores estructurales útiles para comprender la fisiopatología cerebral del TEA.

*Caso Clínico:* Varón de 21 años con diagnóstico de TEA, sin antecedentes oftalmológicos relevantes, que acude por visión borrosa y escotoma nasal en ojo izquierdo. Agudeza visual con corrección: 0,9 en ojo derecho y 0,7 en ojo izquierdo. Presión intraocular: 16 mmHg en ambos ojos. Biomicroscopía anterior sin alteraciones. Fondo de ojo con papilas normocoloreadas y palidez del anillo neuroretiniano temporal. La OCT macular mostró un defecto severo en la CCG difuso de ambos ojos. La OCT de capa de fibras nerviosas de la retina (CFNR) reveló defecto severo temporal en ambos ojos, con grosores promedio de CFNR de 91  $\mu\text{m}$  en OD y 100  $\mu\text{m}$  en OI. La neuroimagen craneal fue normal, sin signos de compresión quiasmática ni otras alteraciones estructurales. Se realizó campo visual, con resultados dentro de la normalidad.

*Conclusiones:* Este caso apoya la evidencia de que alteraciones en la CCG y CFNR pueden estar presentes en pacientes con TEA, incluso en ausencia de lesiones estructurales cerebrales. La afectación bitemporal en CFNR y de CCG maculares sugieren posibles anomalías en el desarrollo del quiasma óptico o patrones de neurodesarrollo atípicos. La CCG podría representar un biomarcador igual o más sensible que la CFNR en el estudio del TEA, y convertir a la OCT en una herramienta complementaria de utilidad clínica y diagnóstica. Este hallazgo inicial podría servir como base para el desarrollo de una serie de casos más amplia que permita validar estos patrones estructurales y reforzar su valor como posible biomarcador en este grupo de pacientes.

CPCC053

### **HETEROCROMÍA IRIDIANA Y HALLAZGOS PIGMENTARIOS EN DOS HERMANOS CON SÍNDROME DE WAARDENBURG TIPO IVA.**

Alejandro Doncel Bello, María Gómez Tomás.

*Introducción:* El síndrome de Waardenburg es una enfermedad genética poco frecuente, de herencia autosómica dominante, caracterizada por sordera neurosensorial y alteraciones pigmentarias. Se clasifica en cuatro tipos según los hallazgos clínicos, siendo el tipo IV, también llamado Waardenburg-Shah, el único asociado a enfermedad de Hirschsprung y mutaciones en genes como EDNRB, EDN3 o SOX10. La exploración oftalmológica puede ser clave para orientar el diagnóstico.

*Caso clínico:* Se presentan dos hermanos en seguimiento por antecedentes familiares de síndrome de Waardenburg. El varón, de cinco años, presenta agudeza visual de unidad en ambos ojos, iris derecho de color marrón con atrofia sectorial e iris izquierdo azul. En el fondo de ojo se observa despigmentación perifoveal leve y papilas con excavación de 0,1. La tomografía macular muestra arquitectura conservada. Percibe los tres círculos en el test estereoscópico y alcanza 480 segundos de arco. Tiene convergencia completa hasta la nariz y alineación ocular normal. La refracción muestra hipermetropía leve. La hermana, de tres años, con hipoacusia neurosensorial unilateral derecha y uso de audífono, presenta iris azul grisáceo con motas marrones bilaterales, agudeza visual de unidad en ambos ojos, convergencia conservada y sin supresión visual. La refracción muestra miopía moderada en el ojo derecho. El padre presenta iris marrón con zonas de atrofia. El estudio genético confirma mutación en EDNRB en la paciente y el padre, diagnosticando síndrome de Waardenburg tipo IVA.

*Conclusiones:* Los signos pigmentarios oculares pueden ser claves en el diagnóstico de síndromes genéticos como el de Waardenburg. La exploración oftalmológica permite orientar la sospecha clínica y facilitar la confirmación genética precoz.

CPCC054

### VALOR DE LA OCT DINÁMICA EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS ESTRABISMOS VERTICALES A PROPÓSITO DE UN CASO.

Dra. Elena Montolío-Marzo.

*Introducción:* Presentamos el caso de un paciente con diplopía vertical intermitente, con probable diagnóstico de skew deviation, en el contexto de sintomatología neurológica. Se destaca el valor de la OCT dinámica como herramienta clave en el diagnóstico diferencial.

*Caso Clínico:* Varón de 42 años derivado desde neurología a consulta de motilidad ocular por presentar diplopía vertical intermitente de aparición esporádica, con episodios que duran entre 30 minutos y 2 horas. El síntoma se manifiesta desde hace 5-6 años, con una evolución progresiva y aparición concomitante de signos neurológicos.

Las pruebas complementarias orientadas a descartar patología neurológica revelaron una leve atrofia infratentorial. En la exploración oftalmológica se detectó un nistagmo horizonte-rotatorio no agotable en las miradas extremas, más evidente en la dextroversión, y una desviación vertical intermitente de 2 D/I, con prueba upright-supine positiva. En el estudio de ciclorsión subjetiva se observó inciclorsión en OD y neutralidad en OI; la ciclorsión objetiva evidenció una leve inciclorsión (-1, 9°) en OI y exciclorsión moderada (-9, 5°) en OD. El nistagmo aumentaba con la fatiga.

La OCT dinámica mostró una inestabilidad ocular torsional, caracterizada por microoscilaciones de pequeña amplitud y baja frecuencia. Este hallazgo es típico de pacientes neurológicos con afectación del sistema nervioso central prenuclear, así como en pacientes con estrabismo infantil.

En base a la clínica —nistagmo, oscilopsia y patrón de inciclorsión— se plantea como diagnóstico más probable una skew deviation. Se prescribe prisma press-on para uso durante los episodios de diplopía, con notable mejoría sintomática durante las crisis, aunque sin tolerancia fuera de ellas.

*Conclusiones:* Se describe un caso de diplopía vertical intermitente con diagnóstico de skew deviation, subrayando el valor de la OCT dinámica y el análisis torsional ocular (OTI) como herramientas diagnósticas clave.

CPCC055

### **HIPOPLASIA FOVEAL DIAGNOSTICADA CON OCT-A TRAS CIRUGÍA DE RETINA EN SÍNDROME DE MORNING GLORY.**

Javier García Bardera, Lorenzo López Guajardo.

*Introducción:* El síndrome de Morning Glory (MGS) es una anomalía congénita del nervio óptico, generalmente unilateral, que puede asociarse a desprendimiento de retina (DR) y otras malformaciones retinianas. La hipoplasia foveal es una alteración poco descrita en este contexto, y su diagnóstico diferencial con cambios maculares secundarios a DR puede ser difícil. La angio-OCT (OCT-A) es una herramienta no invasiva que permite evaluar la vascularización macular en alta resolución, incluso en niños cooperadores.

*Caso clínico:* Niña de 7 años con MGS en ojo izquierdo, en seguimiento por pérdida visual subaguda. Presentaba una agudeza visual mejor corregida (AVMC) de 1,1 logMAR. El fondo de ojo mostró un DR inferior que afectaba la mácula sin desgarros periféricos. Se realizó vitrectomía vía pars plana, identificándose un agujero peripapilar que fue utilizado para drenar el fluido subretiniano. Se aplicó láser en los bordes y se utilizó gas SF6 al 20% como taponador. A las 4 semanas, la retina estaba reaplicada, pero la AVMC persistía en 1,2 logMAR. Se realizó OCT macular y OCT-A, que revelaron ausencia de zona avascular foveal (FAZ) y reducción de la densidad vascular en comparación con el ojo contralateral, confirmando hipoplasia foveal.

*Conclusión:* La OCT-A permitió diagnosticar hipoplasia foveal en una paciente con MGS tras cirugía de DR. Esta herramienta puede ser clave para explicar el pronóstico visual en pacientes con malformaciones congénitas del nervio óptico, diferenciando hipoplasias verdaderas de alteraciones secundarias a DR o cirugía. Su uso en edad pediátrica debe considerarse en casos seleccionados donde la AVMC es discordante con el éxito anatómico.

CPCC056

### **MÁS ALLÁ DE LA CIRUGÍA: MANEJO NO INVASIVO DE CORECTOPIA TRACCIONAL IDIOPÁTICA EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO.**

Eileen Guerrero Chin Aleong, José Gregorio Garay Hernández.

*Introducción:* Se trata de paciente de 12 años de edad sin antecedentes de traumatismos oculares, cirugías o patología sistémica asociada. Es traído a la consulta por su madre debido a una exodesviación del ojo derecho (OD) en ciertos momentos del día.

*Caso clínico:* Al examen inicial se objetiva una disminución de la mejor agudeza visual corregida (MAVC): 0,7 El examen biomicroscópico evidencia:

Córnea transparente.

Pupila anisocórica en OD con miosis de 1 mm y membrana fibrótica superior. Sinequia posterior con catarata en cápsula anterior.

Fondo de Ojo (FO):

OD: Se logra ver polo posterior, retina aplicada, papila de bordes regulares, mácula con brillo foveal.

OI: Retina aplicada, papila de bordes regulares, mácula con brillo foveal, retina periférica sin lesiones.

*Conducta:* Tras la evaluación para confirmar los hallazgos descritos (fotografía del segmento anterior, OCT segmento anterior, ecografía ocular modo B, UBM) y la evaluación por oftalmopediatría, se decide mantener una conducta expectante, ya que mantiene una agudeza visual (AV) de 0,7.

*Conclusiones:* Este caso demuestra que, a pesar de presentar corectopia traccional, se puede mantener una conducta expectante y prescindir de cirugía (pupiloplastia) mientras la agudeza visual corregida se mantenga estable en múltiples visitas oftalmológicas. Se espera que el desarrollo visual se mantenga como hasta ahora, ya que el paciente tiene 12 años de edad y el periodo de plasticidad neurosensorial se ha cumplido. En cuanto a la catarata, según la literatura consultada, al no afectar el eje óptico, no tiene mal pronóstico, al menos a corto o mediano plazo.

CPCC057

### **CUANDO LA OTITIS SE COMPLICA: MANIFESTACIONES OCULARES DE UNA PATOLOGÍA DE ALTO RIESGO.**

Julia Guirao Ávila, María Jerez Fidalgo.

*Introducción:* Presentamos un caso de hidrocefalia otítica, una forma secundaria de hipertensión intracraneal (HTIC) sin cambios en el líquido cefalorraquídeo ni en los ventrículos, relacionada con problemas en el drenaje venoso cerebral. Supone una complicación infrecuente pero potencialmente letal de la otitis media aguda (OMA), cuya identificación puede verse dificultada por su baja prevalencia y presentación inespecífica.

*Caso Clínico:* Varón de 12 años, con OMA izquierda y vómitos persistentes. Ingresó en pediatría por imposibilidad de completar tratamiento antibiótico oral.

En el segundo día de hospitalización, desarrolló cefalea, mareos y diplopía. La exploración oftalmológica reveló agudeza visual conservada y paresia del VI par derecho, causando endotropía confirmada con cristal rojo. En el fondo de ojo destacaba un edema de papila bilateral, corroborado con OCT (tomografía de coherencia óptica).

La TC (tomografía computarizada) y RM (resonancia magnética) mostraron otomastoiditis izquierda complicada con trombosis del seno transversal y sigmoideo izquierdos.

Ante la sospecha de HTIC secundaria a dicha trombosis, se realizó una punción lumbar con presión de apertura elevada y estudio bioquímico y citológico normales. Se inició tratamiento con corticoides, acetazolamida y heparina.

El estado general del paciente mejoró en los días posteriores, así como la clínica oftalmológica. Fue dado de alta anticoagulado con acenocumarol.

No obstante, en un control oftalmológico posterior, se observó empeoramiento franco del edema de papila. Esto llevó a replantear el diagnóstico, considerando como causa más probable una hidrocefalia otítica, y no la trombosis per se.

*Conclusiones:* La hidrocefalia otítica es una entidad clínica excepcional, pero potencialmente mortal si no se detecta precozmente. La evaluación oftalmológica resulta clave en la sospecha y seguimiento de la HTIC asociada. El manejo multidisciplinar fue determinante en la evolución favorable del paciente.

CPCC058

## SÍNDROME DE HORNER EN LA EDAD PEDIÁTRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

María Mónico Martínez, Mario Bonmatí Echevarria.

*Introducción:* El síndrome de Horner (SH), caracterizado por ptosis, miosis y anhidrosis, resulta de la interrupción de la vía oculosimpática. Sus causas varían e incluyen lesiones tumorales, traumáticas, iatrogénicas y vasculares. En niños, las causas más comunes son el trauma obstétrico, neuroblastomas paraespinales y cirugía torácica.

El SH afecta a la inervación simpática de la musculatura palpebral y pupilar, causando así ptosis leve, secundaria a la debilidad del músculo de Müller; miosis debida a la acción parasimpática sin oposición e hipohidrosis ipsilateral. La confirmación diagnóstica del síndrome se realiza mediante pruebas farmacológicas con colirios de cocaína o apraclonidina.

*Caso clínico:* Presentamos el caso de una niña de 8 años, en seguimiento por ambliopía recuperada en su ojo derecho. En noviembre de 2024, en consulta de revisión, la paciente presentó ptosis y miosis del ojo izquierdo, síntomas no descritos previamente. La paciente mantenía una agudeza visual normal en ambos ojos, y el fondo de ojo no mostró alteraciones. Como antecedente personal de interés, fue diagnosticada de neurofibromatosis tipo 1 (NF1) a los 5 meses de edad mediante test genético.

Ante la sospecha de SH, y considerando la edad de presentación y los antecedentes de NF1, se debía considerar como primera hipótesis diagnóstica una tumoración cervical izquierda que comprometiera la vía simpática. No obstante, al profundizar en la anamnesis, los padres informaron que los síntomas habían comenzado tras una cirugía realizada para extirpar una masa cervical izquierda, detectada en una de las pruebas de imagen realizadas durante el seguimiento de la neurofibromatosis.

La cirugía de resección, realizada en septiembre de 2024, comprometió la vía simpática, lo que resultó en un SH postquirúrgico.

*Conclusiones:* El diagnóstico del SH es fundamental, ya que revela lesiones en la vía simpática que pueden ser la primera manifestación de tumores cervicales o torácicos no detectados.

CPCC059

### **OFTALMOPARESIA SECUNDARIA A HALO CRANEAL.**

Celia Redondo Pacheco, José Hens Gutiérrez.

*Introducción:* La oftalmoparesia secundaria a la colocación de dispositivos ortopédicos de fijación craneal es inusual, y aunque en ocasiones se resuelve espontáneamente en otras requiere tratamiento con inyección de toxina botulínica o mediante cirugía sobre músculos extraoculares.

*Caso:* Se presenta el caso de un paciente varón de 16 años con diplopia binocular aguda postoperatoria tras la colocación de un halo craneal como tratamiento para una escoliosis severa, evidenciándose una parálisis del VI pc del ojo izquierdo. Se descartó un papiledema que pudiese sugerir hipertensión intracraneal postoperatoria. La RNM craneal descartó daño traumático directo, así como otras causas evidenciables que pudieran provocar dicha parálisis. La clínica del paciente persistió durante los meses de tratamiento con tracción progresiva y se resolvió de forma espontánea y completa un mes tras la retirada del halo craneal.

*Conclusión:* La colocación de dispositivos de fijación craneales pueden provocar parálisis en los nervios oculomotores por mecanismos aún no bien definidos dada la escasez de casos recogidos y la falta de estudios al respecto.

CPCC060

### LA EXPLORACIÓN CLÍNICA NUESTRO MAYOR ALIADO.

Vanessa Rivero Gutiérrez, Luis Ernesto Muñoz Rodríguez.

*Introducción:* las nuevas tecnologías en auge parecen intentar sustituir nuestra labor cómo médicos en el día a día, llevándonos cada vez más a reducir la anamnesis y exploración como medios primordiales en la toma de decisiones clínicas.

*Caso clínico:* Mujer de 43 años que acude a consulta por exotropía del ojo izquierdo (OI) de meses de evolución.

Niega antecedentes recientes de interés o diplopia.

A la exploración se objetiva una agudeza visual disminuida del OI, pese a probar la refracción correcta, presentando una mayor refracción de hipermetropía y astigmatismo respecto al ojo contralateral, paciente refiere que nunca ha llevado gafas. Además, encontramos una exotropía del OI con supresión de dicho ojo en pruebas de WORTH y TNO. En este punto, si no profundizamos en la historia clínica y la exploración, nuestro diagnóstico sería ambliopía del OI con exotropía. Pero si reinterrogamos a la paciente, pidiéndole fotos seriadas de hace unos años, vemos que dicha exotropía no estaba presente hace unos meses. Ateniéndonos a las motilidades oculares extrínsecas vemos una limitación de abducción del OI y la pupila de OI esta levemente midriática e hiporreactiva, llevándonos a la conclusión de la existencia de una parálisis de III par con afectación pupilar.

*Conclusiones:* una buena anamnesis y exploración ha ayudado en este caso a impedir una demora en la impresión diagnóstica, crucial en esta patología; ya que la supresión del OI en pruebas de binocularidad debido a la ambliopía anisométrica pueden falsear nuestro diagnóstico final.

CPCC061

### **ATROFIA SECTORIAL DEL IRIS EN SÍNDROME DE WAARDENBURG TIPO 4 ASOCIADO A DELECIÓN 13Q: IMPORTANCIA DE LA MANIFESTACIÓN OFTALMOLÓGICA.**

Laura Rodríguez Aguilar, Mireia García Bermúdez.

*Introducción:* Se presenta un caso de atrofia sectorial del iris en una paciente con síndrome de Waardenburg tipo 4 asociado a una deleción en el cromosoma 13q. Esta deleción provoca un cuadro clínico heterogéneo que varía según los genes afectados.

*Caso clínico:* Recién nacida de 13 días fue derivada a consulta oftalmológica por sospecha de coloboma de iris. Se observó embriotoxon posterior, atrofia sectorial del iris y pupila discórica desviada nasalmente. Bajo anestesia se confirmó la atrofia, descartando coloboma. La presión intraocular era de 16 mmHg bilateral y el fondo de ojo sin alteraciones.

A los 3 años, la paciente presentó fallo de medro, dificultades alimentarias, reflujo gastroesofágico, facies característica, hipotonía congénita y retraso global del neurodesarrollo. El estudio genético mediante CGH-array detectó una deleción patogénica proximal en 13q21.31–q31.1, con una extensión de 20,10 megabases, incluyendo 28 genes entre ellos EDNRB. Se diagnosticó un síndrome de deleción 13q compatible con síndrome de Waardenburg tipo 4, de herencia autosómica dominante.

*Conclusión:* Las manifestaciones oftalmológicas, como la atrofia sectorial del iris, pueden ser la primera y más visible señal clínica en pacientes con deleción 13q, por lo que es fundamental prestarles atención para sospechar esta enfermedad. Estas alteraciones se explican por la afectación del gen EDNRB, que juega un papel crucial en el desarrollo de melanocitos en el iris y otras estructuras oculares. Detectar estas manifestaciones tempranamente es clave, ya que, si la deleción incluye la región 13q14 y el gen RB1, existe un riesgo elevado de retinoblastoma, una complicación grave. Por ello, ante signos oculares atípicos en neonatos o niños, se recomienda una evaluación oftalmológica detallada y manejo multidisciplinario.

CPCC062

## HEMIANOPSIA CONGÉNITA SILENTE EN LA ADOLESCENCIA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Carlos Santana-Plata, Cristina Suarez-López.

*Introducción:* La hemianopsia homónima congénita (HHC) es una alteración del campo visual causada por lesiones estructurales habitualmente localizadas posteriores al cuerpo geniculado lateral, consecuencia de daños prenatales o perinatales. A menudo pasa desapercibida gracias a la plasticidad neuronal y al desarrollo de mecanismos compensadores como la exotropía o giros cefálicos, que amplían el campo visual funcional. La campimetría y la neuroimagen permiten identificar estas lesiones silentes y orientar el manejo clínico.

*Caso clínico 1:* Adolescente de 14 años remitido por parálisis facial periférica transitoria. Refiere de forma espontánea visión alterada en el hemicampo izquierdo. A pesar de una agudeza visual íntegra y exploración oftalmológica anodina, la campimetría 30-2 revela una cuadrantanopsia homónima inferior izquierda. La resonancia cerebral identifica una zona de encefalomalacia occipital derecha, compatible con infarto perinatal silente. La paciente no mostraba exotropía ni giro cefálico, lo que resalta la sutileza clínica del cuadro.

*Caso clínico 2:* Niño de 11 años derivado por dificultades escolares y desorientación espacial. Los padres refieren que se tropieza con objetos por la izquierda desde hace años, aunque él no refiere limitación visual. La agudeza visual es excelente y el fondo de ojo apenas muestra leve palidez papilar. La campimetría objetiva hemianopsia homónima izquierda con respeto macular, y la resonancia magnética evidencia una encefalomalacia occipital derecha con gliosis y dilatación ventricular. Su presentación ilustra la capacidad adaptativa del niño ante déficits visuales significativos.

*Conclusiones:* La HHC puede cursar de forma asintomática y solo detectarse con pruebas específicas. Su diagnóstico es esencial para adaptar el entorno del paciente y coordinar intervenciones multidisciplinares que favorezcan su desarrollo funcional.

CPCC063

### **MIOSITIS EXTRAOCULAR SECUNDARIA A MYCOPLASMA PNEUMONIAE EN UNA NIÑA: UNA MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE UNA INFECCIÓN COMÚN.**

Marta Vela de la Torre, Pablo Ysart Egusquiza.

*Introducción:* Mycoplasma pneumoniae es la causa más frecuente de neumonía atípica en la infancia. Aunque habitualmente cursa con síntomas respiratorios leves, puede provocar complicaciones extrapulmonares, siendo las neurológicas las más comunes, aunque sólo en un 0,1% de los casos. Las manifestaciones oftalmológicas son raras, y la afectación de los músculos extraoculares es excepcional y escasamente documentada.

*Caso clínico:* niña de 6 años que acudió a urgencias por dolor ocular y vómitos, sin hallazgos oftalmológicos significativos en la exploración inicial. A los tres días desarrolló una limitación en la motilidad ocular izquierda: a la abducción, supraducción, supraleводucción e infraleводucción, con diplopía en esas posiciones, endotropía de 5° en posición primaria y tortícolis compensadora cara hacia la izquierda.

El TAC craneal urgente fue normal. Las serologías mostraron infección aguda por Mycoplasma pneumoniae (IgM positiva, IgG negativa), iniciándose tratamiento con azitromicina y corticoides. A los cinco días del inicio del cuadro presentó ptosis izquierda, lo que orientó hacia una posible miositis multifocal (recto superior, recto lateral y elevador del párpado). A los siete días comenzó la mejoría progresiva. La RMN, realizada tras el inicio de la recuperación, mostró una hiperintensidad en el músculo recto lateral izquierdo, compatible con miositis de origen infeccioso/parainfeccioso. La evolución fue favorable, con resolución completa del cuadro a los dos meses.

*Conclusiones:* este caso representa una forma infrecuente de complicación neurológica por Mycoplasma pneumoniae, con miositis de músculos extraoculares como manifestación principal. Resalta la importancia de considerar esta infección en el diagnóstico diferencial de trastornos neurooftalmológicos en la edad pediátrica. La sospecha clínica precoz y un tratamiento adecuado favorecen la resolución completa.

CPCC064

### **PLASMOCITOMA PRIMARIO DE GLÁNDULA LAGRIMAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Paula Alonso González, Ana Heredia Frías.

*Introducción:* Las neoplasias de células plasmáticas pueden presentarse en el contexto de un mieloma múltiple, o aisladas, a modo de plasmocitomas. Cuando afecta a tejidos blandos, se denomina plasmocitoma extramedular (EMP). El EMP deriva de células mucosas, afecta fundamentalmente a varones mayores de 55 años y se localiza en cabeza y cuello en el 80-90% de los casos. La afectación orbitaria es rara, con pocos casos descritos en la literatura.

*Caso clínico:* Paciente de 69 años con mieloma múltiple (MM) en remisión completa tras tratamiento con quimioterapia y radioterapia. Es derivada desde Neurocirugía tras hallazgo incidental en resonancia magnética de lesión a nivel de glándula lagrimal derecha. La paciente refiere masa bajo cola de ceja derecha, no dolorosa, de crecimiento progresivo. Se objetiva ptosis con desplazamiento inferonasal del globo ocular, a expensas de lesión nodular indurada. Se diagnostica como plasmocitoma tras biopsia. Se confirma recidiva de su MM con afectación extramedular y se remite a su centro de referencia para tratamiento.

*Discusión:* El plasmocitoma extramedular es una neoplasia linfoproliferativa rara, especialmente en órbita y anejos oculares. Su clínica incluye proptosis, disminución de agudeza visual, edema, ptosis, diplopia y equimosis periorbitaria. El diagnóstico requiere biopsia con análisis anatomopatológico e inmunohistoquímico, junto con estudios de imagen (PET-TC, RMN). Si no hay historia previa de mieloma múltiple (MM), debe descartarse debido a su impacto pronóstico y terapéutico, ya que el EMP aislado tiene mucho mejor pronóstico. El tratamiento incluye quimioterapia, radioterapia, cirugía, y trasplante de progenitores hematopoyéticos en caso de MM.

*Conclusión:* El plasmocitoma extramedular a nivel orbitario es una entidad de difícil diagnóstico, ya que sus síntomas pueden confundirse con otras enfermedades. Su identificación por parte del oftalmólogo es clave, dada su relación con el MM y sus implicaciones pronósticas.

CPCC065

### **IMPLANTACIÓN DE PESA DE ORO MEDIANTE ABORDAJE POSTERIOR.**

Blanca Bajén Espuña, M.<sup>a</sup> José Carrilero Ferrer.

*Introducción:* El lagofthalmos paralítico provoca alteraciones funcionales y estéticas que pueden derivar en complicaciones graves corneales, e incluso ceguera. El implante de pesas de oro en el párpado superior constituye una opción terapéutica destacada para el manejo de esta condición a mediano y largo plazo.

*Caso Clínico:* Presentamos el caso de un paciente femenino de 77 años con síntomas y signos de parálisis facial periférica derecha, incluyendo lagoftholmo ipsilateral con gran deterioro corneal. Se le implantó una pesa de oro pretarsal en el párpado superior mediante un abordaje posterior. La incisión fue de 4mm perpendicular a borde libre y se realizó en el tercio lateral subtarsal. Tras colocar el implante, se suturó el tarso con vicryl de 6-0. De esta forma se obtuvieron resultados excelentes tanto en el aspecto funcional como en el estético, dado que no se evidenció cicatriz visible en la región del párpado superior.

*Conclusiones:* El objetivo fundamental de la cirugía palpebral en la parálisis facial es proporcionar una protección corneal adecuada y preservar la visión. La técnica de implantación de pesas de oro con un abordaje posterior tiene un gran potencial ya que es segura y efectiva. Permite la rehabilitación permanente del párpado superior y ofrece ventajas con respecto a la técnica tradicional del abordaje anterior, por su sencillez y buen resultado estético y funcional.

CPCC066

**PARÁLISIS FACIAL DE LA RAMA FRONTAL DERECHA DE CAUSA TRAUMÁTICA:  
A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Felipe Javier Barroso Pérez, Paula Arribas Pardo.

*Introducción:* La parálisis facial periférica es una denervación del tronco del nervio facial entre su salida del tronco cerebral y sus ramas terminales en la cara, produciendo una disminución o ausencia de movimiento en algunos o en todos los músculos de la cara. Las causas son múltiples, siendo la traumática por herida facial de las menos frecuentes.

*Caso Clínico:* Mujer de 80 años acude a urgencias por ptosis de ceja derecha de 2 semanas de evolución que ocurre de forma aguda tras retirada de puntos de sutura de herida en cola de ceja derecha. Refiere traumatismo frontal derecho tras caída accidental hace 1 mes.

En la exploración física se observa asimetría frontal derecha con ptosis de ceja derecha e imposibilidad de elevarla, sin ptosis palpebral. Destaca una cicatriz vertical en la cola de ceja de 3 cm sin signos flogóticos. El cierre palpebral y signo de Bell estaban conservados, sin lagofthalmos ni pérdida del surco nasogeniano ni incapacidad de movimiento de la comisura bucal. El resto de la exploración neurológica era normal. En la biomicroscopia presentaba queratitis punteada inferior en ojo derecho sin otras alteraciones. La agudeza visual era de 1 en ambos ojos y el resto de exploración oftalmológica no presentaba alteraciones.

Ante la sospecha de parálisis de la rama frontal del nervio facial derecho de causa traumática por la herida facial se decide actitud expectante, corticoterapia oral en pauta descendente, ejercicios de rehabilitación facial y remisión a neurofisiología para valorar electromiograma del músculo frontal, con revisión posterior para valorar manejo quirúrgico si procede.

*Conclusión:* Ante la superficialidad de las ramas distales del nervio facial, hay que tener presente la anatomía durante la sutura cutánea de dicha región para evitar daños secundarios como sería la parálisis facial periférica traumática.

CPCC067

## FÍSTULA CARÓTIDO-CAVERNOSA: RESOLUCIÓN TRAS EMBOLIZACIÓN TRANSVENOSA

Luca Manuel Bueno Borghi, Edurne De la Cámara Sahuquillo

*Introducción:* Las fístulas carótido-cavernosas (FCC) constituyen una urgencia neuro-oftalmológica por el riesgo de compromiso visual. Su manejo se ha optimizado con las técnicas endovasculares actuales, pero la decisión terapéutica sigue individualizándose según la evolución clínica y el patrón de drenaje.

*Caso clínico:* Paciente adulta que consultó por enrojecimiento ocular, diplopía y proptosis leves del ojo izquierdo. La TC orbitocraneal y la ecografía Doppler mostraron dilatación de la vena oftálmica superior; una angiografía cerebral confirmó una FCC tipo IV con drenaje cortical. Se inició tratamiento conservador con compresiones carotídeas manuales. Ante la persistencia de flujo fistuloso, se practicó una embolización transvenosa con oclusión casi total. En la revisión, la diplopía y la hipertensión ocular habían desaparecido; la RM-angiografía de control evidenció el cierre completo y simetría cavernosa. La paciente permanece asintomática a los siete meses, bajo control anual.

### *Conclusiones:*

1. La FCC debe sospechar ante cualquier combinación de diplopía, proptosis o quemo-sis, y ante una «conjuntivitis» rebelde.
2. La embolización transvenosa constituye una opción segura y eficaz que permite la resolución completa de los síntomas.
3. En FCC de bajo grado, el tratamiento conservador puede ser suficiente.
4. El seguimiento clínico-radiológico planificado permite confirmar la cura y detectar recaídas poco frecuentes.

CPCC068

### **ABSCESO ORBITARIO POR MICOBACTERIAS EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO.**

Ángel Cano Mazarro .

Presentamos el caso de una mujer de 75 años, inmunodeprimida, con antecedentes de carcinoma pancreático y neumonía, que consultó por tumoración palpebral superior izquierda. La exploración reveló un absceso orbitario izquierdo con cavitación, extensión al párpado, edema periorbitario y afectación muscular.

La RM orbitarias evidenció una lesión de 17x19x20 mm con erosión ósea y desplazamiento ocular. El TAC confirmó aumento de la lesión quística y extensión pre-septal. Se realizó drenaje quirúrgico y desbridamiento del tejido necrótico, seguido de antibioterapia empírica.

Los cultivos fueron negativos y la tinción de Gram no mostró microorganismos. Sin embargo, la biopsia reveló inflamación granulomatosa necrótico-supurativa y la PCR fue positiva para Mycobacterium Complex, sugiriendo una micobacteriosis orbital.

La paciente fue tratada con amikacina intravenosa y pauta combinada (Rifampicina, Isoniazida, Etambutol, Pirazinamida) durante seis meses, con evolución favorable.

Este caso destaca la importancia de considerar etiologías atípicas como las micobacterias en infecciones orbitarias, especialmente en pacientes inmunocomprometidos, y la utilidad de la PCR como herramienta diagnóstica en abscesos de origen no filiado.

CPCC069

### MÁS ALLÁ DE UNA PTOSIS SENIL.

Ariadna Cavaller Casasnovas, Marta Prat Dot.

*Introducción:* Las metástasis orbitarias son poco frecuentes, representando entre el 1-13% de los tumores orbitarios. El cáncer de mama es la neoplasia más común que metastatiza en la órbita. Aunque suelen ser asintomáticas, un signo distintivo en este cáncer es el enoftalmos debido a la fibrosis y a la desmoplasia del tumor.

*Caso clínico:* Mujer de 71 años, con antecedentes de un carcinoma rectal pT1 tratado sin enfermedad residual. Acude por ptosis y visión borrosa en el ojo derecho de dos meses de evolución. En la exploración se observó ptosis, limitación de la motilidad, retropulsión aumentada y enoftalmos del ojo derecho. La tomografía computarizada mostró un aumento del tamaño de los músculos extraoculares y engrosamiento del nervio óptico, sugiriendo metástasis orbitaria. La biopsia orbitaria confirmó el diagnóstico de infiltración por carcinoma de mama primario receptores hormonales positivos. Fue derivada a la unidad funcional de mama, donde se diagnosticó de una neoplasia de mama izquierda. Inició tratamiento con letrozol y una vez descartada la necesidad de radioterapia externa, se realizó una blefaroplastia superior con reinserción del músculo elevador para tratar la ptosis residual.

*Discusión:* Las metástasis orbitarias son infrecuentes y suelen ser unilaterales. Los síntomas más comunes son la disminución de la agudeza visual, dolor, alteración de la motilidad y proptosis. Sin embargo, el enoftalmos es característico en las metástasis por cáncer de mama. La resonancia magnética y la tomografía computarizada orbitaria son esenciales para estudiar la lesión y planificar la cirugía. La biopsia quirúrgica es fundamental para confirmar el diagnóstico. El tratamiento es generalmente paliativo y la radioterapia externa es el tratamiento de elección para controlar el tamaño tumoral y preservar la agudeza visual. El pronóstico es generalmente desfavorable, aunque los avances en hormonoterapia han permitido mejorar la supervivencia y la calidad de vida.

CPCC070

### ENFERMEDAD INFLAMATORIA ORBITARIA IDIOPÁTICA BILATERAL.

Elena Galán Risueño, Víctor García Lorenzo.

*Introducción:* Se presenta el caso de un paciente adulto con enfermedad inflamatoria orbitaria idiopática (EIOI) de carácter bilateral, una entidad infrecuente, especialmente en su forma bilateral.

*Caso clínico:* Varón de 60 años que acude a urgencias por episodios recurrentes y fluctuantes a lo largo del día, de 3 meses de evolución, consistentes en ojo rojo no doloroso, ptosis palpebral, proptosis bilateral y diplopía. El paciente presentaba además xerostomía y antecedentes de sinusopatía inflamatoria crónica tratada con drenaje timpánico bilateral. Se realizó examen oftalmológico completo, análisis sanguíneos y tomografía axial computarizada orbitaria (con y sin contraste), evidenciándose sendas masas orbitarias bilaterales que englobaban los músculos rectos superior y lateral, condicionando proptosis bilateral e hipoglobo derecho.

Dada la sintomatología del paciente y los hallazgos, se decidió iniciar tratamiento corticoideo con una dosis de metilprednisolona intravenosa (60 mg), seguido de prednisona oral a altas dosis (80 mg) en pauta descendente (reducción de 10 mg cada 7 días), con marcada mejoría clínica y sin recidiva a los 6 meses de seguimiento.

*Conclusiones:* El diagnóstico de la EIOI es de exclusión siendo necesario descartar otras entidades patológicas como la orbitopatía de Graves (caracterizada por retracción palpebral), linfoma orbitario o granulomatosis con poliangéftis. Aunque la biopsia es útil, se trata de una prueba invasiva. En este caso, debido a la baja sospecha de malignidad y a la gravedad del cuadro clínico, se optó por tratamiento empírico con corticoides a altas dosis, con excelente respuesta terapéutica, lo que apoya de forma indirecta el diagnóstico de EIOI.

CPCC071

### **ENFISEMA INFRAORBITARIO SIN FRACTURA: UN HALLAZGO OFTALMOLÓGICO CON ORIGEN ABDOMINAL.**

Ana Marina García Manrique, Irene Cerdan Llach.

*Introducción:* El enfisema orbitario es habitualmente secundario a traumatismos con fractura de paredes orbitarias, procedimientos quirúrgicos o infecciones. Su aparición en ausencia de estos antecedentes obliga a considerar causas atípicas. Presentamos un caso singular en el que un enfisema infraorbitario fue la única manifestación clínica visible y sintomática de un neumomediastino secundario a cirugía bariátrica, destacando la importancia de la exploración oftalmológica en la detección de patologías sistémicas no evidentes.

*Caso clínico:* Paciente mujer de 67 años, sin antecedentes oftalmológicos relevantes, que consulta por edema palpebral inferior derecho de inicio súbito. Niega traumatismo, dolor, pérdida visual u otros síntomas sistémicos. Fue sometida a cirugía de cataratas en ojo derecho (OD) un mes antes y a un bypass gástrico robótico con hiatorrafia hacía 48 horas. A la exploración oftalmológica se objetiva edema palpebral blando con crepitación a la palpación, sin resaltes óseos ni signos inflamatorios. La agudeza visual era 0,8 en OD, sin alteraciones en el fondo de ojo ni en la tomografía de coherencia óptica (OCT) macular. La OCT papilar mostró engrosamiento leve nasal e inferior, con grosor 120  $\mu$ m en ambos ojos. Ante la sospecha de enfisema orbitario, se solicitó una tomografía computarizada (TC) facial y orbitario, descartándose fracturas óseas y confirmándose enfisema subcutáneo. Se amplió a un TC torácico que reveló un neumomediastino, secundario a la reciente cirugía abdominal. La paciente fue manejada de forma conservadora con resolución espontánea del cuadro.

*Conclusiones:* Este caso muestra una presentación infrecuente de neumomediastino, cuya única manifestación clínica fue un enfisema infraorbitario con edema palpebral crepitante. Subraya la importancia de considerar etiologías extraorbitarias ante signos locales atípicos, siendo el oftalmólogo el punto de partida para el diagnóstico de patologías sistémicas con manifestaciones oculares sutiles.

CPCC072

### **HEMATOMA RETROBULBAR TRAS ENDARTERECTOMÍA CEREBRAL ANTERIOR: UNA COMPLICACIÓN NO DESCRITA PREVIAMENTE.**

Beatriz Covadonga García Ruiz-Calero, Jaime Lorenzo Castro.

*Introducción:* La hemorragia retrobulbar (HR) es una complicación rara, pero potencialmente grave para la visión, generalmente asociada a traumatismos, cirugías oculares o coagulopatías. Aunque la isquemia orbitaria ha sido descrita como una complicación de la endarterectomía cerebral anterior, no existen reportes previos de HR en este contexto.

*Caso Clínico:* Presentamos el caso de un paciente de 70 años sometido a una endarterectomía cerebral anterior por accidente cerebrovascular. Durante los primeros 5 minutos del postoperatorio inmediato desarrolló proptosis aguda con hiperemia marcada, oftalmoplejía y midriasis asimétrica en ojo izquierdo. Dada la inconsciencia del paciente no fue valorable el dolor ni la pérdida de agudeza visual (AV), pero las pruebas de imagen junto a la clínica orientaban a la presencia de un hematoma retrobulbar. Se realizó descompresión orbitaria mediante cantotomía y cantolisis de urgencia, evitando una pérdida mayor de AV.

*Conclusión:* Este reporte describe la HR como una complicación no documentada previamente en la endarterectomía cerebral anterior, pero a tener en cuenta dado las condiciones en las que se encuadra este procedimiento, como son la anticoagulación perioperatoria, la fragilidad vascular o la congestión venosa secundaria a la manipulación quirúrgica. Por ello, los especialistas deben considerar esta posibilidad en pacientes con signos orbitarios agudos postoperatorios, ya que una intervención oportuna puede preservar la función visual.

CPCC073

### **RETO DIAGNÓSTICO ANTE UN EXOFTALMOS ATÍPICO.**

Carla Gimeno Corbella, Ana Rosa Albandea Jiménez.

*Introducción:* La oftalmopatía tiroidea (OT) representa la principal causa de inflamación orbitaria en adultos. Aunque clásicamente asociada a hipertiroidismo, puede manifestarse también en el contexto de hipotiroidismo o estado eutiroideo, lo que dificulta su diagnóstico. Clínicamente, muestra una elevada variabilidad fenotípica, siendo la retracción palpebral y el exoftalmos bilateral asimétrico las formas de presentación más frecuentes. Esta diversidad exige una evaluación multidisciplinar. La resonancia magnética (RMN) es la técnica radiológica de elección, evidenciando un engrosamiento de los músculos extraoculares con respeto del tendón, siendo el recto inferior y el medio los más afectados. En fases activas, los corticoides constituyen el tratamiento de primera línea, reservándose generalmente el abordaje quirúrgico para la fase crónica.

*Caso clínico:* Varón de 46 años que acudió a Urgencias por diplopia, malestar periorbitario y exoftalmos izquierdo de una semana de evolución. La tomografía computarizada reveló un engrosamiento del músculo recto superior izquierdo. Ante la presentación unilateral, ausencia de disfunción tiroidea y negatividad de autoanticuerpos, se planteó inicialmente el diagnóstico de miositis orbitaria. No obstante, el engrosamiento muscular respetando el tendón de inserción que mostró la RMN, junto con la buena respuesta a corticoides, confirmó una etiología inflamatoria compatible con OT en estado eutiroideo. A los 8 meses, el paciente debutó con hipertiroidismo, instaurándose tratamiento específico. Actualmente, en fase inactiva, se encuentra en valoración para descompresión orbitaria del ojo izquierdo por exoftalmos persistente.

*Conclusiones:* Frente a un exoftalmos de características atípicas, incluso sin disfunción tiroidea evidente, es fundamental considerar la OT. La RMN constituye una herramienta clave para su diagnóstico. Asimismo, es imprescindible el seguimiento funcional tiroideo ante la posibilidad de disfunción endocrina futura.

CPCC074

### ENFERMEDAD INFLAMATORIA ORBITARIA IDIOPÁTICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO.

Laura Guerrero García, M.<sup>a</sup> José Díaz Luque.

*Introducción:* La enfermedad inflamatoria orbitaria idiopática (EIOI) o pseudotumor orbitario se define como una lesión orbitaria benigna de tejido inflamatorio inespecífico de causa desconocida y no justificada por ningún otro proceso inflamatorio, infeccioso o neoplásico. La dificultad de su manejo radica en el diagnóstico diferencial.

*Caso clínico:* Presentamos el caso de un niño de 12 años con historia de episodios de repetición de un cuadro bilateral de ptosis y tumefacción palpebral superior dolorosa e hiperemia conjuntival temporal superior, habiendo sido diagnosticado de dacrioadenitis infecciosa bilateral y recurrente. Se realizó estudio con analítica general, incluyendo serología y autoanticuerpos, y resonancia magnética (RM) de órbitas. Tras 5 días de tratamiento con antibioterapia, el paciente presentó un claro empeoramiento clínico junto con un leve exoftalmos derecho y pliegues maculares de nueva aparición, por lo que, tras descartar otras posibles causas, se planteó el diagnóstico de EIOI y se decidió iniciar tratamiento con corticoides intravenosos durante 3 días seguidos de una pauta descendente vía oral, con lo que la respuesta clínica fue muy favorable.

*Conclusiones:* Las formas de presentación de la EIOI son muy variadas y el diagnóstico diferencial es muy amplio, ya que se trata de un diagnóstico de exclusión. En los pacientes pediátricos es más frecuente la afectación bilateral y la recurrencia de la sintomatología. El manejo de estos casos debe individualizarse, siendo la corticoterapia la base del tratamiento.

CPCC075

### UN CAMINO FORZOSO.

Vlad Moratalla Sasu.

Se presenta el caso de una mujer de 53 años que consulta por molestias oculares en el ojo izquierdo (OI) de una semana de evolución, inicialmente tratada con tobradex sin mejoría. A su llegada, presenta edema palpebral, ptosis y acúfenos. No tiene antecedentes relevantes salvo tratamiento con diazepam.

En la exploración oftalmológica destaca agudeza visual conservada (1,0 OD / 0,9 OI), presión intraocular normal (19/22 mmHg), proptosis y dificultad en la movilidad ocular sin parálisis clara. La biomicroscopía muestra conjuntiva hiperémica con quemosis abundante y córnea transparente. En el fondo de ojo se observa papila normal, retina aplicada y leve tortuosidad vascular.

Se solicita una TC craneal urgente, sin hallazgos intracraneales agudos. Se describe una imagen hipodensa peduncular posiblemente artefactual o secundaria a una lesión isquémica crónica. Se recomienda completar estudio con RMN, y se decide ingresar a la paciente.

La RMN confirma el diagnóstico de fístula carótido-cavernosa (FCC), una comunicación anómala entre la arteria carótida y el seno cavernoso. Estas fístulas pueden ser directas (alto flujo, secundarias a traumatismo o aneurismas) o indirectas (bajo flujo, de origen espontáneo, más comunes en mujeres perimenopáusicas).

Clínicamente, las FCC pueden presentar exoftalmos pulsátil, quemosis, proptosis, tinnitus pulsátil, pérdida visual progresiva, parálisis de pares craneales (III, IV, V y VI), y en algunos casos complicaciones hemorrágicas graves.

El diagnóstico se realiza por angiografía TC (no invasiva) o mediante arteriografía (gold estándar), que permite una mejor planificación terapéutica. En la arteriografía se observa dilatación y llenado precoz del seno cavernoso y venas orbitarias.

El tratamiento varía según el tipo de fístula: las indirectas pueden cerrarse espontáneamente, aunque muchas requieren embolización si son sintomáticas; las directas siempre requieren intervención (embolización con balón o coil). La evolución clínica es generalmente favorable tras el tratamiento endovascular, con mejoría progresiva de los signos congestivos y recuperación parcial o total de la función ocular. No obstante, puede persistir cierto grado de neuropatía óptica o diplopía secundaria al daño isquémico o compresivo previo.

El pronóstico depende de la precocidad en el diagnóstico y la intervención, siendo fundamental reconocer signos de alarma como proptosis, quemosis marcada o tinnitus pulsátil. La demora en el tratamiento puede conducir a complicaciones graves como glaucoma secundario, neuropatía óptica irreversible o hemorragia intracraneal.

Este caso resalta la importancia de considerar la fístula carótido-cavernosa en el diagnóstico diferencial de cuadros de proptosis dolorosa unilateral con quemosis y alteraciones de la motilidad ocular, especialmente en mujeres de mediana edad sin antecedentes traumáticos. La colaboración multidisciplinar entre oftalmología, neurorradiología y neurocirugía resulta esencial para un manejo exitoso.

CPCC076

### **ESTÉTICA DESPUÉS DEL CAOS: RECONSTRUCCIÓN FACIAL Y ORBITARIA.**

Andrés Jesús Peñalver Alcaraz, Maite Valentina Serrano Pérez.

*Introducción:* El traumatismo ocular penetrante con estallido del globo ocular es una urgencia oftalmológica que compromete la viabilidad estructural y funcional del ojo. Es más frecuente en varones en edad laboral por lo que conlleva implicaciones socioeconómicas y psicológicas importantes. El manejo rápido y adecuado es crucial para minimizar complicaciones y preservar la simetría y estética facial.

*Caso clínico:* Varón de 62 años que acude por traumatismo laboral en ojo derecho con una radial. Presenta herida incisa desde región supraciliar interna hasta malar externa, con laceración completa de ambos párpados, canto interno y externo. Se observa estallido ocular con pérdida de estructuras uveales, herida escleral y hemicorneal con pérdida de tejido intraocular. La tomografía computarizada de órbitas revela pérdida de volumen ocular, ausencia de cristalino, hemovítreo y neumovítreo, además de despegamiento perióístico superomedial. No se identifican fracturas ni cuerpos extraños. Ese mismo día se completa la evisceración bajo anestesia general mediante técnica de 4 pétalos, colocación de prótesis de 18 mm, cierre conjuntival y reconstrucción palpebral y facial. Se da el alta a las 48 horas con tratamiento antibiótico tópico y profilaxis antitetánica. Se reemplazó el conformador, con buena evolución clínica tras el seguimiento.

*Discusión:* Los traumatismos oculares severos con estallido ocular requieren una actuación quirúrgica inmediata. La evisceración permite un mejor control del dolor y una reconstrucción de la cavidad orbitaria. El posicionamiento adecuado de los tejidos blandos perioculares consigue una mejoría estética en el postoperatorio. La vigilancia postoperatoria es esencial para detectar complicaciones infecciosas o de adaptación protésica. La rehabilitación emocional y funcional del paciente debe considerarse en el seguimiento.

CPCC077

### **CUANDO LOS PÁRPADOS CUENTAN LA HISTORIA: WALDENSTROM CON AMILOIDOSIS LOCALIZADA.**

Jhon Jarold Reyes Muñoz, Nahed El Abdellah Hajji.

*Introducción:* La enfermedad de Waldenström (o macroglobulinemia de Waldenström) es un trastorno linfoproliferativo poco frecuente, clasificado como un linfoma linfoplasmocítico (LLP) de bajo grado. Se caracteriza por la proliferación de células B clonales en la médula ósea, que secretan una IgM monoclonal, lo que puede provocar síntomas como fatiga, sangrados, neuropatía periférica y síndrome de hiperviscosidad.

*Caso clínico:* Presentamos el caso de un paciente de 70 años, con antecedente de enfermedad de Waldenström en seguimiento desde 2017 por tumoración lagrimal estable. En 2018-19 progresó a induración glandular bilateral. Tras biopsia normal en 2021, perdió seguimiento hasta 2024, cuando reapareció con ptosis mecánica por masas palpebrales duras de 2x1 cm. En 2025, la RM orbitaria sugirió infiltración linfoproliferativa, y la exéresis de grasa palpebral confirmó amiloidoma e infiltración por LLP (Waldenström activo). Derivado a Hematología para manejo sistémico.

*Conclusión:* La enfermedad de Waldenstrom es una enfermedad rara, debido a la producción excesiva de inmunoglobulina aproximadamente 5-10% de los pacientes pueden desarrollar amiloidosis por depósito de cadenas ligeras. En este caso destaca la evolución indolente, pero con complicaciones locales raras (amiloidoma en glándulas lagrimales).

CPCC078

### **BATALLA CONTRA LA EPÍFORA PERMANENTE: INTUBACIÓN MONOCANALICULAR EN HERIDA PALPEBRAL COMPLEJA.**

Mónica Robles Mateos, Paola María Pozo Martos.

*Propósito:* En esta comunicación se muestra el proceso de reconstrucción quirúrgica de herida palpebral con sección canalicular de párpado inferior (PI) de ojo derecho (OD) en niña de 8 años mediante la tutorización con MonoKa. La causa fue una mordedura de perro familiar en el domicilio.

*Método:* A la llegada de este a Urgencias, se procede a exploración oftalmológica observando una herida con sección de la vía lagrimal proximal de PIOI y globo ocular íntegro. Debido a la edad de la paciente y la complejidad de la herida se gestiona ingreso hospitalario con el fin de realizar el procedimiento con anestesia general.

En quirófano bajo antisepsia cutánea con Povidona 10% se procede a la canalización del punto lagrimal y posterior localización de los extremos proximal y distal del canaliculo seccionado. Iniciamos la sutura pericanalicular con vicryl 8/0 en bordes anterior y posterior sin anudar hasta intubación. Posteriormente colocamos el Monoka Ritleng cortado biselado a 15 mm adaptando el plato a nivel del punto lagrimal inferior y se anuda la sutura previamente pasada. La herida palpebral restante se sutura por planos con vicryl 6/0 y con puntos sueltos de seda de 6/0 se aproximan bordes de línea gris y piel.

*Resultados:* A los 10 días postoperatorio la inflamación estaba controlada y la intubación normo posicionada, así que se retiraron las suturas cutáneas. A los dos meses de la cirugía encontramos una cicatriz de buen aspecto sin secreciones ni epífora acompañante y es en consulta con anestesia tópica donde se retiró sin incidencias la intubación con MonoKa.

*Conclusión:* Las heridas palpebrales que afectan a la vía lagrimal suponen un reto en el oftalmólogo de guardia. Además, si la sección es a nivel del canaliculo inferior es interesante la reconstrucción con el fin de evitar la epífora permanente. En nuestro centro el MonoKa es la herramienta de intubación que utilizamos en estos casos y con aceptables resultados.

CPCC079

### DIAGNÓSTICO TARDÍO Y MANEJO DE UN CASO DE ENFERMEDAD ORBITARIA POR IGG4.

Pablo Ysart Egusquiza, Marta Vela de la Torre.

Se presenta el caso de un varón de 32 años que acude por primera vez con ojo derecho (OD) rojo, doloroso, y exoftálmico de 3 meses de evolución; se pide una TC orbitaria y se deriva a la consulta de cirugía oculoplástica. Se registró una proptosis OD de 28 mm, y la TC reveló un engrosamiento de músculos extraoculares, gran vascularización, y una masa mal definida en cuadrante temporal orbitario compatibles con el diagnóstico de pseudotumor inflamatorio. Se realizó biopsia de tejido proliferativo y de glándula lagrimal derecha. Seguidamente se inició prednisona a dosis de 50mg al día, y se registra una proptosis 22,5 mm, con mejoría subjetiva.

Tras la primera biopsia negativa, se realizó una segunda.

Pasados 7 meses y de acuerdo con el reumatólogo, se decidió tratar con tocilizumab y reducir la prednisona, y 11 meses después, tras siete ciclos y una leve mejoría inicial la proptosis empeoró hasta los 30 mm, acompañada de ojo rojo y malestar. Con suficiente expresión de IgG4 y patrón morfológico compatible en la biopsia, junto con la TC, se establece el diagnóstico posible de enfermedad por IgG4. Se inició rituximab y se obtuvo una respuesta excelente, con una proptosis de 22 mm.

En enfermedades con un comportamiento desconocido como esta, y en especial con un tratamiento dirigido tan eficaz, conviene recordar que algunos pueden no cumplir los criterios que confirmen su diagnóstico, o siquiera cumplir los de diagnóstico «probable». Asimismo, aunque la buena respuesta a rituximab que hemos observado sugiere el diagnóstico de la enfermedad por IgG4, no olvidemos que este tratamiento está dirigido frente a la molécula CD20, un marcador de linfocito B inmaduro y cuya disfunción se encuentra también en linfomas no Hodgkin y leucemias; el rituximab también tiene indicación en las vasculitis sistémicas por ANCA. Si bien la evolución de este caso sugiere más bien enfermedad por IgG4, se debe prolongar el seguimiento y vigilar tras la retirada del tratamiento.

CPCC080

**MANEJO DE PERFORACIÓN CORNEAL CON COAGULO + MEMBRANA DE FIBRINA DE PRGF (ENDORET) Y MEMBRANA AMNIÓTICA.**

Diana Álvarez-Melloni, Felipe Spencer Vicent.

Paciente femenino de 80 años de edad, con antecedente de Glaucoma Primario de Angulo Abierto y Ojo Seco en ambos ojos, que desarrolló úlcera corneal infecciosa en ojo izquierdo. Después de una evolución tórpida, con pobre respuesta a tratamientos tópicos convencionales y fortificados, se aisló microorganismo atípico (*Stenotrophomonas maltophilia*), que provocó lisis corneal y aparición de descematocele. Se optó por tratamiento quirúrgico. Durante el procedimiento, al realizar desbridamiento de tejido necrótico, se hace evidente que existía una perforación de aproximadamente 3 x 3 milímetros. En el sitio de la perforación se colocó coagulo de fibrina y membrana de fibrina de Plasma Rico en Factores de Crecimiento (ENDORET), con recubrimiento adicional de Membrana Amniótica en doble capa y suturas de nylon. Fue necesario realizar el procedimiento descrito en dos ocasiones. Así se logró estabilizar la superficie ocular y permitir la regeneración parcial del tejido corneal. Esto ha permitido que en un futuro sea candidata para una queratoplastia penetrante óptica.

CPCC081

### **SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON OCULAR: CUANDO LO POCO FRECUENTE SE HACE VISIBLE.**

Sergio Blanco Nodal, Rosa Gutierrez Bonet.

*Introducción:* El Síndrome de Stevens-Johnson (SJS) es una reacción mucocutánea grave, habitualmente inducida por fármacos, caracterizada por la pérdida extensa del epitelio de piel y mucosas. Aunque suele tener manifestaciones sistémicas, existen formas atípicas con afectación exclusivamente ocular.

*Caso clínico:* Mujer de 89 años que acude a urgencias por dolor ocular e inflamación palpebral izquierda de 48h de evolución tras la instilación de colirios (fenilefrina, tropicamida, y brimonidina) para realizar una capsulotomía. La paciente refería episodios previos más leves tras instilaciones similares, lo que sugiere sensibilización previa.

A la exploración se evidenció edema palpebral severo, membranas inflamatorias en conjuntiva bulbar y tarsal, amplio defecto epitelial conjuntival, queratitis gruesa pancorneal y simbléfaron del 50% del fondo de saco inferior.

El tratamiento inicial incluyó corticoides tópicos y lubricantes, sin mejoría, por lo que se instauró tratamiento sistémico con corticoide intravenoso, pauta descendente de prednisona oral, dexametasona tópica y colirio de insulina. Esto conllevó a una evolución favorable con desaparición de membranas, mejoría de la queratitis, aunque con persistencia de simbléfaron. Las pruebas cutáneas resultaron positivas a fenilefrina y tropicamida, por lo que se desestimó realizar pruebas de provocación, valorando la seguridad de la paciente.

Se diagnosticó un SJS ocular (forma localizada) inducido por colirios midriáticos.

*Conclusiones:* Este caso ilustra una forma poco frecuente de SJS, ya que normalmente suele afectar a varias mucosas, siendo la localización exclusivamente ocular una presentación excepcional. El reconocimiento precoz y el tratamiento adecuado e intensivo son clave para evitar secuelas visuales. Se requieren más estudios sobre los mecanismos inmunológicos implicados en casos atípicos y una mayor vigilancia en el uso de fármacos tópicos oftálmicos.

CPCC082

## DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE DISTROFIA GRANULAR TIPO I EN PACIENTE PEDIÁTRICO.

Cristina Carmona Sánchez, Daniel de la Fuente Gómez.

*Introducción:* La distrofia corneal granular tipo I (GCDI) o de Groenouw I es una forma rara de distrofia corneal estromal causada por una mutación en el gen TGFBI, locus 5q31, afectando la proteína queratoepitelina. Está caracterizada por pequeños depósitos múltiples en el estroma corneal central superficial de forma bilateral, con aspecto de miga de pan o escamas que pueden coalescer. Los síntomas tempranos incluyen deslumbramientos y fotofobia. La agudeza visual disminuye a medida que la opacificación progresa con la edad. Las erosiones recurrentes son frecuentes en estos pacientes a medida que progresa la clínica, siendo los casos homocigotos quienes presentan manifestaciones más graves con mayor repercusión funcional.

*Caso Clínico:* Se presenta un paciente de 14 años que acude a consulta de oftalmología derivado por el pediatra por déficit de agudeza visual bilateral. En la biomicroscopía se observan pequeñas opacidades granulares blanquecinas, bien delimitadas con aspecto de «miga de pan» o «copo de nieve» de forma bilateral respetando periferia transparente. En la OCT de segmento anterior las opacidades se localizan a nivel de estroma anterior bajo la Bowman y en menor número a nivel de estroma medio. En las revisiones posteriores se corrige defecto refractivo y se realiza estudio genético.

*Conclusiones:* La distrofia granular tipo I es una entidad poco frecuente, pero necesaria conocer dada la imagen biomicroscópica tan representativa para realizar un diagnóstico preciso y precoz. El resultado genético permite conocer y catalogar la distrofia, además de conocer su posible progresión para valorar futuros tratamientos como Queratectomía con láser excímero (PTK) o trasplante corneal. Las recidivas son más rápidas y severas en pacientes homocigóticos.

CPCC083

### SEIS CORNEALES (INFILTRADOS SUBEPITELIALES) POR PERFUME: CASO CLÍNICO.

Victoria Conejo Pariente, Esther Corredera Salinero.

*Introducción:* En pacientes con enfermedad de la superficie ocular, la aparición de nuevas lesiones corneales puede atribuirse erróneamente a la patología de base o reacciones medicamentosas, pasando por alto factores externos potencialmente relevantes.

*Caso clínico:* Presentamos un paciente de 15 años, en seguimiento y tratamiento por blefaritis posterior severa y queratitis punteada superficial secundaria, que, en una consulta de revisión rutinaria, presenta múltiples infiltrados corneales subepiteliales bilaterales numulares superficiales que tiñen con fluoresceína, sin signos inflamatorios ni alteración visual ni otros síntomas subjetivos asociados. Se produce una rápida resolución espontánea tras tratamiento tópico empírico con lágrimas artificiales y tobramicina tópica cada 8 horas. Solo tras anamnesis dirigida, se identificó posible contacto ocular con perfume el mismo día.

Se adjunta iconografía del caso del momento agudo.

*Discusión:* La aparición de infiltrados corneales subepiteliales bilaterales de origen desconocido en un paciente en seguimiento por blefaritis severa supone un reto diagnóstico.

La entrada de una gota entera de perfume habría provocado una desepitelización corneal con síntomas subjetivos y signos importantes por el efecto caustico directo.

La presencia de los infiltrados corneales nos hace sospechar en que el probable origen se encuentre en el etanol y otros compuestos volátiles del perfume. Esto supone una alteración de la película lagrimal y el epitelio corneal. Existen estudios que demuestran que vapores de perfume pueden inducir irritación ocular incluso en ausencia de contacto directo. La exposición ocular, incluso mínima o por vapores, a perfume puede causar queratopatía química leve y reversible. Este caso subraya la importancia de una anamnesis minuciosa para identificar agentes causales en hallazgos corneales atípicos y evitar diagnósticos erróneos.

CPCC084

**DISTROFIA CORNEAL TIPO LATTICE SECUNDARIA A AMILOIDOSIS AL:  
MANIFESTACIÓN OCULAR DE UNA ENFERMEDAD SISTÉMICA.**

Leila Dhiman García, Cristina Carmona Sánchez.

*Introducción:* La distrofia corneal lattice es una enfermedad degenerativa caracterizada por la acumulación de material amiloide en el estroma corneal, que se manifiesta mediante la aparición de depósitos lineales y ramificados con aspecto reticular. La forma hereditaria está asociada a mutaciones en el gen TGFBI, que codifica una proteína estructural de la matriz extracelular corneal. Sin embargo, en ausencia de mutaciones genéticas, debe considerarse la posibilidad de una distrofia secundaria a depósitos amiloides sistémicos. La amiloidosis de cadenas ligeras AL es una enfermedad sistémica en la que inmunoglobulinas monoclonales, habitualmente IgG kappa o lambda, se depositan como material amiloide en diversos órganos y tejidos, incluido, aunque raramente, el ojo. En estos casos, la córnea puede ser un lugar de depósito.

*Caso clínico:* Se presenta un paciente de 44 años diagnosticado de distrofia corneal lattice secundaria a amiloidosis renal de cadenas ligeras en relación con gammapatía monoclonal IgG Kappa de 6 años de evolución. Recibió tratamiento con quimioterapia y trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos. El paciente consulta por disminución de la visión subjetiva. En la exploración oftalmológica se observa exoftalmos, y la biomicroscopía revela una distrofia estromal reticular bilateral. En el fondo de ojo no se observan hallazgos patológicos. Se realiza un estudio genético que descarta mutaciones.

*Conclusiones:* La afectación corneal en forma de distrofia tipo Lattice puede ser la manifestación ocular de una amiloidosis sistémica, como ocurre en la amiloidosis AL secundario a gammapatía monoclonal. La ausencia de mutaciones en TGFBI y los antecedentes sistémicos del paciente sugieren un origen adquirido de los depósitos corneales. Este caso resalta la importancia de una evaluación sistémica en pacientes con distrofias corneales atípicas o no hereditarias, y subraya el valor del estudio genético y la correlación clínica para un diagnóstico.

CPCC085

### **DEGENERACIÓN NODULAR DE SALZMANN: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO TEMPRANO.**

Sandra Fernández Combarro, María Marrero Domínguez.

*Introducción:* Degeneración nodular de Salzmann es una enfermedad ocular no inflamatoria poco frecuente, caracterizada por la formación de nódulos supepiteliales blanquecinos en la córnea, generalmente localizados en la región periférica o paracentral. Se ha asociado con antecedentes de enfermedades inflamatorias crónicas de la superficie ocular, cirugías previas y disfunción de la película lagrimal, entre otras causas. Puede cursar de forma asintomática o manifestarse con síntomas como visión borrosa, irritación ocular y fotofobia, dependiendo de la ubicación y/o tamaño de los nódulos.

*Caso clínico:* Se presenta el caso de un varón de origen italiano de 49 años de edad, que es remitido a la Unidad de Córnea para valorar alteraciones corneales en ambos ojos. Como antecedentes oftalmológicos, el paciente se realizó una cirugía de estrabismo en la adolescencia, con ambliopía en OI; y hace 15 años se realizó una cirugía refractiva en ambos ojos (LASIK). La agudeza visual sin corrección es en el ojo derecho (OD) 0,4, y en el ojo izquierdo (OI) cuenta dedos a 1 metro. A la exploración del polo anterior se observa en ambos ojos un pannus corneal reactivo periféricos, así como nódulos corneales periféricos compatibles con degeneración marginal de Salzmann, sin afectación de eje visual en OD, mientras que en el OI ya presentaba nódulos centrales. Tanto la presión intraocular como el fondo de ojo eran normales. Se realiza una Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) de segmento anterior, donde se observa engrosamiento de la capa superficial en ambos ojos, con signos hipertróficos y de mayor tamaño en OI.

*Conclusiones:* La degeneración nodular de Salzmann, aunque infrecuente debe ser considerada dentro del diagnóstico diferencial de las opacidades corneales subepiteliales. Un diagnóstico temprano y preciso, apoyado en la exploración clínica y herramientas de imagen como la OCT de segmento anterior, es fundamental para evitar complicaciones visuales.

CPCC086

**CONJUNTIVITIS PAPILAR CRÓNICA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DEL LINFOMA MALT: DIAGNÓSTICO TRAS BIOPSIA Y RESPUESTA COMPLETA A RITUXIMAB SUBCONJUNTIVAL.**

Lorena Fernández Estruch, Roser Pascual Egea.

Paciente de 15 años sin antecedentes de interés que presenta un cuadro compatible con conjuntivitis papilar en ambos ojos de 2 años de evolución refractario a tratamiento médico tópico. Es derivado a nuestras consultas y se decide realizar una biopsia conjuntival por presencia de pequeñas lesiones bilaterales papilomatosas en pliegue semilunar que se extienden a conjuntiva nasal y fondos de saco junto con reacción papilar tarsal. Con el resultado de la biopsia se diagnostica de Linfoma tipo MALT conjuntival y se decide derivar a hematología y realizar estudio de extensión con PET/TC. Tras descartar en las pruebas la extensión de la enfermedad se decide iniciar tratamiento con Doxicilina 100mg durante 3 semanas y se objetiva una buena respuesta. El paciente consigue estar 6 meses libre de enfermedad, pero después es remitido de nuevo por sospecha de recidiva tumoral por cuadro de hiperemia conjuntival bilateral con empeoramiento progresivo. Realizamos de nuevo una biopsia conjuntival y se confirma la recidiva del linfoma MALT. Tras descartar de nuevo la extensión de la enfermedad, se decide iniciar de nuevo tratamiento con Doxicilina 100mg durante 3 semanas junto con inyecciones de Rituximab subconjuntival. Decidimos realizar una fase de carga con 4 inyecciones semanales y después pasamos a 1 inyección cada 21 días hasta completar 6 inyecciones. Por tanto, en total administramos 11 inyecciones de Rituximab subconjuntival. Al finalizar el tratamiento se realiza un PET/TC y se objetiva la no captación conjuntival. Además, se realiza una biopsia conjuntival de control y ésta sale negativa con tejido libre de células tumorales. A pesar de ello, se decide dar al paciente tratamiento de mantenimiento con Rituximab sistémico cada 2 mes hasta completar 12 dosis. Actualmente el paciente se mantiene sin tratamiento y libre de enfermedad y asintomático desde hace 3 años y 8 meses.

CPCC087

### **SARCOMA Y LINFOMA FOLICULAR CONJUNTIVAL: DOS NEOPLASIAS MALIGNAS POCO FRECUENTES CON MANEJO MULTIDISCIPLINAR.**

Sara García Caride, Ana Álvarez Reguera.

*Introducción:* Las neoplasias conjuntivales malignas son infrecuentes y pueden representar un reto diagnóstico y terapéutico. La sospecha clínica puede no ser evidente en etapas iniciales, y el abordaje adecuado requiere una correcta evaluación anatomopatológica y estudio sistémico en algunos casos. Presentamos dos lesiones conjuntivales con comportamiento tumoral que resultaron ser un sarcoma y un linfoma folicular, resaltando la importancia del seguimiento estrecho y el manejo multidisciplinar.

*Casos clínicos:* Caso 1: Mujer de 63 años con historia de hemorragias subconjuntivales recurrentes en ojo derecho. Se identificó una lesión nodular vascularizada en limbo nasal. Fue intervenida mediante exéresis con márgenes afectados, y el análisis anatomopatológico confirmó una proliferación neoplásica de alto grado con características sarcomatosas. Se realizaron estudios de extensión sistémica (TAC y RMN) sin evidencia de metástasis. Se inició tratamiento tópico con mitomicina C y seguimiento oncológico, sin recidiva hasta la fecha.

Caso 2: Mujer de 51 años con antecedente de exéresis de xantelasma que consulta por una nueva lesión en zona medial conjuntival del ojo izquierdo. La lesión, de apariencia quística y móvil, fue extirpada y remitida a anatomía patológica, que informó linfoma folicular. Se completó estudio sistémico sin hallazgos patológicos. La paciente continúa en seguimiento conjunto con Hematología, sin recidiva local ni progresión sistémica.

*Conclusión:* Las lesiones tumorales conjuntivales requieren un alto índice de sospecha, especialmente cuando presentan crecimiento rápido o recurrencias. La exéresis con estudio histológico es esencial para el diagnóstico. Tanto el sarcoma como el linfoma conjuntival son entidades raras, cuyo manejo requiere evaluación sistémica y colaboración interdisciplinar para garantizar un tratamiento eficaz y seguimiento adecuado.

CPCC088

### CRECIMIENTO DE LESIÓN CONJUNTIVAL EN UN NIÑO: ¿NEVUS O MELANOMA?.

María Gómez-Tomás, Alejandro Doncel Bello.

*Introducción:* Los tumores conjuntivales en edad pediátrica son infrecuentes y suponen un reto diagnóstico. El nevus conjuntival es el tumor melanocítico más habitual en niños. Aunque es benigno y con escaso riesgo de transformación maligna (<1%), algunos signos como el crecimiento, la inflamación o la presencia de vasos nutricios pueden generar dudas diagnósticas, haciendo necesario descartar melanoma conjuntival, entidad excepcional en esta población.

*Caso Clínico:* Se presenta el caso de un niño de 8 años con una lesión conjuntival en el ojo derecho (OD) presente desde los 3 años. En el último año se objetivó crecimiento progresivo, con bordes más difusos y episodios recurrentes de inflamación. La agudeza visual era de 1 en ambos ojos, sin otras alteraciones oftalmológicas. La biomicroscopía de polo anterior del OD mostró una tumoración conjuntival bulbar amelanótica yuxtalímbica, entre las 7 y 11 horas, con signos de inflamación y numerosos vasos nutricios. Ante la sospecha de nevus amelanótico inflamado, se realizó biopsia escisional con margen de seguridad de 2 mm y autoinjerto conjuntival.

El estudio histológico reveló proliferación de melanocitos formando tecas, sin atipias ni mitosis, con presencia de quistes epiteliales intralesionales y denso infiltrado inflamatorio linfoide. Las células expresaban Melan A, con positividad superficial para HMB-45. El diagnóstico fue de nevus conjuntival juvenil inflamado completamente extirpado. El paciente continúa en seguimiento anual, asintomático y sin signos de recidiva.

*Conclusiones:* Aunque el melanoma conjuntival es extremadamente raro en niños, su diagnóstico debe considerarse ante lesiones pigmentadas con signos de crecimiento o inflamación. La biopsia escisional con márgenes de seguridad adecuados permite un diagnóstico histológico preciso, clave para orientar el tratamiento y seguimiento.

CPCC089

### MANEJO COMBINADO DEL CARCINOMA ESCAMOSO IN SITU CONJUNTIVAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Behidy Héctor Díaz, Sara Rodrigo Rey .

*Introducción:* El carcinoma escamoso in situ conjuntival (CIN) es la forma más temprana del espectro de neoplasias escamosas de la superficie ocular. Clínicamente se presenta como una lesión blanquecina, gelatinosa, sobreelevada, con vasos prominentes, bordes irregulares y posible extensión corneal. Entre sus factores de riesgo destacan la edad avanzada, la exposición a radiación UV, la inmunosupresión y la infección por VPH. El tratamiento puede ser quirúrgico y/o médico, con alta tasa de recidiva. La escisión amplia con técnica «no touch» y márgenes de 2-4 mm es el manejo inicial estándar en lesiones delimitadas. La adyuvancia con quimioterapia tópica (Mitomicina C, 5-FU o interferón  $\alpha$ -2b) reduce la recurrencia y mejora el pronóstico.

*Caso clínico:* Varón de 73 años derivado por lesión conjuntival perilimbar de crecimiento lento, sobreelevada, gelatinosa y blanquecina. Se realiza exéresis con márgenes de 3 mm, técnica «no touch» y aplicación intraoperatoria de mitomicina C al 0,02% (MMC 0,02%). El estudio anatomopatológico informa CIN con bordes afectados. Se inicia tratamiento tópico con MMC 0,02% 4 veces al día en pauta «on-off». A pesar de la afectación marginal, no se evidenció celularidad tumoral residual en el lecho. Se optó por quimioterapia adyuvante con MMC 0,02%, recomendada incluso si los márgenes no están afectados por posible microsiembra. No fue necesaria una segunda cirugía al obtenerse buena respuesta clínica.

*Conclusiones:* El CIN conjuntival representa un reto diagnóstico y terapéutico por su variabilidad clínica y elevada tasa de recidiva. El abordaje debe individualizarse, combinando escisión amplia y quimioterapia tópica adyuvante. La MMC es eficaz en control de márgenes afectados y recurrencias. Las fotografías con lámpara de hendidura son clave en el seguimiento para detectar recidivas precozmente.

CPCC090

**DESCEMETOCELE Y PERFORACIÓN EN SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON;  
CUANDO QUE FALLE EL TRASPLANTE ES LA MEJOR OPCIÓN.**

Javier Lacorzana Rodríguez, Sajjad Ahmad.

*Objetivos:* Presentamos el caso de un paciente de 30 años con síndrome de Stevens-Johnson secundario a lamotrigina un año atrás. A lo largo de su evolución, requirió múltiples injertos de membrana amniótica y tarsorrafias temporales. Además, había sido sometido previamente a una queratoplastia penetrante (PK) debido a una perforación corneal.

*Resultados:* El paciente acudió a urgencias por la aparición de un descemetocele de 4 mm, desarrollado tras la caída de una banda de calcio, que posteriormente evolucionó a perforación. Se realizó una trepanación manual de 6 mm con un trasplante corneal de 6,5 mm y una tarsorrafia temporal. Sin embargo, con el tiempo, el injerto fracasó y sufrió una conjuntivalización completa. En casos de sequedad ocular extrema y fallo limbar severo, si bien el resultado visual fue limitado, la conjuntivalización vascularizada representó la mejor evolución posible, al permitir la preservación del globo ocular.

*Conclusiones:* En pacientes con síndrome de Stevens-Johnson y daño de la superficie ocular severo, el fallo de un injerto corneal es una complicación frecuente debido a la alteración de la superficie. Aunque la pérdida visual fue significativa, la conjuntivalización vascularizada permitió la supervivencia del ojo, evitando una perforación de mayor gravedad y la consecuente necesidad de procedimientos más agresivos.

CPCC091

**«MELANOMA CONJUNTIVAL SOBRE MELANOSIS ADQUIRIDA: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TÉCNICA 'NO-TOUCH'».**

Cristina Lillo Ferreira, Ana Prieto Aberasturi.

*Introducción:* El melanoma conjuntival es una neoplasia maligna poco frecuente, originada en melanocitos de la conjuntiva ocular, con mayor incidencia en adultos de piel clara. Representa menos del 5% de los tumores oculares malignos y presenta un comportamiento clínico impredecible, con riesgo de recurrencia y metástasis. Puede surgir de forma de novo, a partir de un nevus conjuntival, pero con mayor frecuencia sobre una melanosis adquirida primaria con atipia. Entre los factores de riesgo se incluyen la exposición a radiación ultravioleta y mutaciones genéticas como BRAF, NRAS y c-KIT.

El tratamiento quirúrgico de elección es la técnica «No-Touch», que evita la manipulación directa del tumor. Incluye resección con márgenes amplios, crioterapia adyuvante en bordes y esclera expuesta, y cierre con injerto conjuntival o membrana amniótica, reduciendo la recurrencia y mejorando el pronóstico.

*Caso clínico:* Se presenta el caso de una mujer de 57 años con lesión pigmentada en conjuntiva temporal, inicialmente diagnosticada como melanosis sin signos de malignidad. Dos años después, se observó recidiva y crecimiento rápido de una nueva lesión pigmentada con invasión corneal, sospechosa de melanoma. Fue derivada a un centro especializado donde se realizó cirugía «No-Touch» con crioterapia doble en bordes, tratamiento escleral con alcohol y cierre con membrana amniótica. El diagnóstico fue confirmado como melanoma conjuntival. Actualmente, la paciente recibe tratamiento con 5-Fluorouracilo tópico, con ganglio centinela negativo y sin signos de metástasis.

*Conclusiones:*

1. La melanosis adquirida primaria con atipia es la principal lesión precursora del melanoma conjuntival, por lo que su detección precoz es clave.
2. La técnica «No-Touch» es el estándar terapéutico al reducir diseminación tumoral y recurrencia.
3. La crioterapia, el alcohol escleral y el uso de membrana amniótica son medidas complementarias eficaces en el tratamiento quirúrgico.

CPCC092

### DEGENERACIÓN NODULAR TRAS TRATAMIENTO CON RETINOIDES SISTÉMICOS.

Victoria Martínez Serna, Jesús Martín Martín.

*Introducción:* El uso prolongado de isotretinoína puede inducir efectos adversos oculares poco descritos. Presentamos un caso con aparición atípica de lesiones corneales y conjuntivales en un paciente joven asintomático.

*Caso Clínico:* Varón de 19 años asintomático en tratamiento con Isotretinoína desde hace 7 meses derivado desde óptica por la aparición de lesiones corneales, sin otros antecedentes de interés. Su AV corregida es de la unidad. A la exploración se evidencia blefaritis mixta leve, no hiperemia, nevus conjuntival temporal en OD y nasal en OI, y lesiones nodulares blanquecinas redondeadas paralímbaras inferiores en ambos ojos, con pannus fino en su base. No reacción tarsal. PIO y fondo de ojo sin alteraciones. Se amplía el estudio con OCT de segmento anterior en la que se comprueba que los nódulos no sobrepasan la membrana de Bowman. Se aconseja el cese del tratamiento oral con derivados de vitamina A, e inicia tratamiento con Ikervis dos veces al día junto a FML en pauta descendente, acompañado de lubricación con lágrimas artificiales e higiene palpebral nocturna. Se cita a los 3 meses a revisión, y realizamos búsqueda bibliográfica en la que aparece descrito la hiperplasia epitelial inducido por Isotretinoína con adelgazamiento estromal subyacente, sin embargo, no se encuentran casos previos de degeneración nodular similar a la de Salzmann, ni nevus conjuntivales de nueva aparición.

*Conclusiones:*

- Los retinoides pueden inducir alteraciones estructurales corneales atípicas en pacientes jóvenes, con aparición de nódulos sobreelevados que simulan una degeneración de Salzmann, sin antecedentes de irritación o inflamación corneal crónica.
- El estudio con OCT-A es fundamental para caracterizar la profundidad y naturaleza de las lesiones, permitiendo descartar compromiso de la membrana de Bowman y diferenciarlas de otras entidades degenerativas.
- Es aconsejable el abandono de la Isotretinoína, junto al tratamiento antiinflamatorio tópico y seguimiento estrecho.

CPCC093

### **CUANDO LA ESTABILIDAD ENGAÑA: PERFORACIÓN SÚBITA EN QUERATITIS ULCERATIVA PERIFÉRICA EN ARTRITIS REUMATOIDE Y SU RESOLUCIÓN TECTÓNICA.**

Marta Mifsut Aleixandre, Vega Estrada Alfredo.

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica que, además de comprometer las articulaciones, puede afectar gravemente la superficie ocular. Entre sus complicaciones más severas, las queratitis ulcerativas periféricas (PUK) suponen un desafío clínico, con riesgo de adelgazamiento y perforación corneal, lo que puede derivar en una pérdida visual irreversible. En ocasiones, la transición de la estabilidad a la perforación ocurre de manera tan rápida e impredecible que estos casos deben ser vigilados de forma estrecha, ya que la perforación puede suceder sin previo aviso. La detección y manejo tempranos son cruciales para evitar consecuencias devastadoras.

Presentamos el caso de una mujer de 86 años con AR que acudió a urgencias por dolor intenso en el ojo derecho. La exploración mostró una úlcera corneal periférica con un adelgazamiento del 60% del grosor corneal, sin signos de infección activa. En los días siguientes progresó rápidamente hacia la perforación corneal, confirmada mediante lámpara de hendidura (LH) y tomografía de coherencia óptica (OCT) del segmento anterior. El tratamiento inicial incluyó inmunomoduladores tópicos y sistémicos, lágrimas artificiales y plasma rico en plaquetas. Ante la perforación, se intensificó la terapia con antibióticos tópicos y sistémicos y el uso de una lente de contacto terapéutica. Sin embargo, la persistencia de atalamia requirió una intervención quirúrgica urgente mediante queratoplastia lamelar tectónica en cuña (QLTC) y avance conjuntival.

El manejo de las PUK en AR debe ser progresivo, pero ante una perforación corneal, la QLTC es la opción quirúrgica óptima, ya que preserva más estroma, reduce el rechazo y mejora la integración del injerto en comparación con la queratoplastia penetrante en cuadros inflamatorios agudos. Este caso subraya la importancia del diagnóstico temprano, ya que las PUK pueden progresar rápidamente, requiriendo a veces hospitalización o visitas diarias para un monitoreo cercano.

CPCC094

ANULADO

Comunicaciones en Panel

CPCC095

### **NÓDULO CORNEAL REFRACTARIO A TRATAMIENTO: CUIDADO CON LAS MASCOTAS.**

Nadia Mínguez Caro, Hugo Santiago Balsera.

*Propósito:* Analizar la evolución clínica, manejo diagnóstico y terapéutico de una lesión corneal de aparición reciente y origen desconocido.

*Método:* Se presenta el caso de una paciente de 64 años que acude por Urgencias con hiperemia y fotofobia intensa en ojo izquierdo de unas 2-3 semanas de evolución. Refiere haber notado una «mancha» en el ojo desde entonces.

A la biomicroscopía, se aprecia un nódulo corneo-limbar amarillento sobreelevado de 1,2x1,2mm de bordes tenuemente infiltrados que tiñen con fluoresceína, asociando además vascularización en la periferia inferior de la lesión. No se moviliza con hemosteta.

Se realizan fotografías y OCT de segmento anterior para seguimiento; iniciando tratamiento tópico con Tobradex y Terracortril y oral con Doxiciclina de 200mg.

*Resultados:* Pese al inicio del tratamiento, no se aprecia respuesta favorable de la lesión, la cual se mantiene estable en las siguientes visitas.

Se vuelve a interrogar a la paciente acerca de posibles causas y acaba confesando que es posible que le entrara algo en el ojo mientras daba de comer a sus canarios.

Ante la nueva sospecha de cuerpo extraño corneal, se realiza extracción en el quirófano y recubrimiento con membrana amniótica del defecto corneal con posterior evolución favorable.

La anatomía patológica de la muestra reveló tejido de aspecto vegetal congruente con grano de semilla.

*Conclusión:* Ante la presencia de lesiones corneales poco comunes y que despierten sospechas diagnósticas, es clave realizar una anamnesis dirigida para orientar las posibles causas y así facilite el manejo clínico y terapéutico.

CPCC096

### NEUROTIZACIÓN CORNEAL EN QUERATOPATÍA NEUROTRÓFICA SEVERA.

Pilar Pérez García, Mercedes Molero Senosiain.

*Introducción:* La queratopatía neurotrófica (QN) es secundaria a la pérdida de inervación sensitiva corneal que impide una correcta cicatrización epitelial, favoreciendo la aparición de úlceras, perforación corneal y, en última instancia, riesgo de pérdida ocular. Una de las posibles causas de QN es la lesión intraoperatoria del nervio trigémino (V par craneal), especialmente en el contexto de cirugías de base de cráneo. En los casos severos o refractarios al tratamiento médico, la neurotización corneal ha demostrado ser una alternativa eficaz para restaurar la sensibilidad y mejorar la estabilidad de la superficie ocular.

*Caso clínico:* Mujer de 45 años intervenida de un meningioma de base de cráneo, que sufrió daño completo de los pares craneales III, IV y V izquierdo. Desarrolló una QN severa con perforación corneal, requiriendo múltiples trasplantes de membrana amniótica y dos queratoplastias tectónicas. Ante la persistente anestesia corneal, se realizó una neurotización corneal utilizando un injerto de nervio sural con sutura termino-terminal al nervio supraorbitario contralateral. El extremo terminal de este se suturó al limbo esclero-corneal del ojo afecto. Nueve meses tras la cirugía, la paciente no ha vuelto a presentar nuevas complicaciones.

*Conclusiones:* La neurotización corneal es una opción quirúrgica segura y efectiva en pacientes con QN severa por denervación trigeminal. Su indicación debe considerarse precozmente, especialmente en casos con alto riesgo de perforación o fracaso de tratamientos conservadores. Una intervención temprana puede mejorar el pronóstico visual y prevenir complicaciones graves.

CPCC097

### **HALLAZGO DE CARCINOMA ESCAMOSO CONJUNTIVAL EN CIRUGÍA DE PTERIGIÓN: RELEVANCIA DEL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO SISTEMÁTICO.**

Beatriz Ridruejo Ortega, Daliana Estefanía González Barros.

*Introducción:* El carcinoma escamoso de conjuntiva, aunque es poco frecuente, puede imitar lesiones benignas como el pterigión, especialmente cuando presenta evolución prolongada, vascularización o invasión corneal. Este caso resalta la necesidad de considerarlo, junto con otras lesiones, en el diagnóstico diferencial ante pterigiones atípicos, y subraya la importancia del análisis histopatológico tras la exéresis.

*Caso clínico:* Varón de 48 años, sin antecedentes oftalmológicos relevantes, remitido a consulta por deseo de intervención quirúrgica de pterigión nasal en ojo izquierdo (OI) de larga evolución. En la exploración inicial presentaba agudeza visual corregida de 1,0 en ambos ojos. En la biomicroscopía de polo anterior se observó lesión fibrovascular nasal en OI, hiperémica, que sobrepasaba el limbo e invadía el estroma corneal. Se realizó exéresis con autoinjerto conjuntival, y la muestra se remitió para estudio anatomopatológico. El análisis confirmó carcinoma escamoso de conjuntiva con invasión corneal, de 2 × 2 mm y 0,75 mm de profundidad. La tomografía computarizada de cuello con contraste descartó afectación ganglionar regional o diseminación a estructuras adyacentes. Ante estos hallazgos, el paciente fue derivado a la Unidad de Tumores Intraoculares. El tratamiento adyuvante fue braquiterapia epiescleral con Rutenio-106 (88,86 Gy), sin afectación significativa de estructuras oculares críticas. La tolerancia fue buena, sin complicaciones intra ni posoperatorias. A los tres meses, mantenía buena agudeza visual, con injerto conjuntival bien integrado y sin signos de recidiva clínica. Se pautó tratamiento coadyuvante con colirio de interferón alfa-2b y seguimiento estrecho en consultas externas.

*Conclusiones:* Este caso ilustra la importancia de considerar entidades neoplásicas en el diagnóstico diferencial de lesiones conjuntivales aparentemente benignas. Un abordaje integral y precoz permite preservar la función visual y mejorar el control oncológico.

CPCC098

ANULADO

Comunicaciones en Panel

CPCC099

### ESTALLIDO OCULAR POSTRAUMÁTICO SOBRE QUERATOPLASTIA PENETRANTE EN OJO ÚNICO.

Isabel Saavedra Seijo, M.<sup>a</sup> Esperanza García Romo.

*Introducción:* El estallido ocular constituye una urgencia oftalmológica crítica que compromete la integridad anatómica del ojo y la función visual. Suele asociarse a traumatismos que provocan una súbita elevación de la presión intraocular, provocando la ruptura de la pared escleral o corneal. En pacientes con cirugía corneal como queratoplastia, el riesgo de rotura es mayor debido a la fragilidad estructural de la unión injerto-huésped. En estos casos, el desafío no solo radica en contener el daño agudo, sino en reconstruir un globo ocular anatómicamente complejo y con elevado riesgo de evisceración.

*Caso Clínico:* Varón de 83 años, monocular funcional del ojo izquierdo, con antecedentes de queratoplastia penetrante bilateral. Acudió a Urgencias tras un traumatismo craneoencefálico secundario a caída accidental desde su propia altura, con impacto directo sobre la región orbitaria izquierda. El TC orbito-craneal presentaba hallazgos compatibles con rotura del globo ocular, sin fracturas orbitarias. En la exploración quirúrgica urgente, por la apertura casi total del botón corneal había un prolapso en bloque del contenido ocular con sangre. Se procedió al cierre corneal con sutura y reconstrucción del segmento anterior. En los días posteriores, se constata globo ocular anatómicamente íntegro con tono conservado y agudeza visual residual de percepción de luz.

*Conclusión:* Este caso pone de manifiesto la urgencia quirúrgica que representa un estallido ocular sobre injerto corneal y las dificultades técnicas inherentes a su reparación. A pesar del mal pronóstico visual, la intervención precoz permitió la reconstrucción y conservación del ojo, con beneficios funcionales y estéticos para el paciente.

CPCC100

### **ENDOFTALMITIS FÚNGICA TRAS ÚLCERA CORNEAL EN PORTADORA DELENTE DE CONTACTO: ABORDAJE MÉDICO-QUIRÚRGICO COMPLEJO.**

Carla Sánchez Remacha, Cristina Calvo Simón.

*Introducción:* La endoftalmitis fúngica es una entidad infrecuente, de presentación insidiosa y evolución potencialmente devastadora. Puede originarse a partir de una queratitis micótica, especialmente en usuarios de lentes de contacto. Su diagnóstico precoz y tratamiento agresivo son esenciales para preservar la función visual.

*Caso clínico:* Mujer de 40 años, usuaria de lentes de contacto, con antecedente de úlcera corneal en ojo izquierdo tratada como herpética en otra comunidad autónoma. Evoluciona con inflamación severa del segmento anterior y signos de endoftalmitis. Ante la sospecha de etiología micótica, se instaura tratamiento antifúngico intensivo con voriconazol tópico, fluconazol oral y antibióticos sistémicos. El cultivo de humor acuoso confirma *Candida Albicans* sensible al tratamiento pautado. La paciente requiere múltiples procedimientos quirúrgicos: lavado de cámara anterior, lensectomía, inyecciones intravítreas e intracamerales de antifúngicos, y finalmente vitrectomía posterior con reconstrucción pupilar, e implantación secundaria de lente intraocular mediante técnica de Canabrava en último tiempo. Tras resolución del proceso infeccioso y meses de seguimiento, alcanza agudeza visual de 0,8 con dicho ojo.

*Conclusiones:* La endoftalmitis fúngica tras queratitis en usuarios de lentes de contacto, aunque infrecuente, debe sospecharse ante mala evolución con tratamiento convencional. La combinación de antifúngicos tópicos, sistémicos e intraoculares, junto con un abordaje quirúrgico escalonado y personalizado, puede ofrecer buenos resultados anatómicos y funcionales incluso en casos graves.

CPCC101

### **DEGENERACIÓN MARGINAL DE TERRIEN, COMPLICACIÓN EN EL EXTRANJERO.**

Javier Sánchez Rodríguez, Marta Benítez García.

Varón de 21 años con miopía y astigmatismo en el ojo derecho, con agudeza visual de unidad en ambos ojos con corrección en consulta. Usuario de gafas desde los 10 años y usuario de lentes de contacto diarias puntualmente. Se remite por degeneración corneal unilateral sin episodios de ojo rojo, ni inflamación ocular. No dolor. Ocasionalmente sensación de arenilla y cuerpo extraño. En la exploración presenta adelgazamiento anular superior de X a III horas con depósitos de aspecto lipídico y vascularización, con sospecha de degeneración marginal de Terrien, sin cambios en posteriores revisiones.

Acude en mayo a urgencias por disminución de visión del ojo derecho (0,4 con esteopeico 0,6), hallándose un hidrops corneal con perforación endotelial, con la córnea sellada en la zona de la lesión sin seidel, con defecto circular de X a IIh. Se maneja con colocación de lente de contacto terapéutica, oclusión, tratamiento oral con doxiciclina 100 miligramos cada 12 horas, corticoide tópico cada 6 horas y ciprofloxacino tópico cada 8 horas.

Se revisa a las 48 horas, presentando rotura de descemet a nivel central e hidrops superior sobre la degeneración corneal.

El paciente viaja a Bruselas a la semana del episodio agudo de urgencias, por lo que le citamos a su regreso, aportando un informe con recomendación de revisión oftalmológica durante su estancia. En Bélgica es sometido a cirugía a los 20 días de la última revisión en nuestra consulta realizando cirugía con aire en cámara anterior con sellado con pegamento (se desconoce la técnica realizada, no aportan informes). A la vuelta a nuestro servicio presenta rotura de membrana de descemet a XII horas con hidrops de XI a I h aproximadamente, sin seidel y con cámara anterior formada.

CPCC102

### USO DE INSULINA TÓPICA EN EL MANEJO CONSERVADOR DE UNA PERFORACIÓN CORNEAL.

Teresa Sánchez-Contador de Ros, Iva Krolo.

El colirio de insulina es uno de los tratamientos novedosos que se utiliza en la cicatrización de heridas corneales. El siguiente caso clínico muestra el manejo médico de una perforación corneal utilizando insulina tópica.

Varón de 46 años que acudió a urgencias por episodio de conjuntivitis vírica, tratado con colirios de tobramicina y dexametasona durante 6 semanas.

A la exploración, presentaba una agudeza visual (AV) con corrección de 0,15 en OD y de 1,0 en el ojo izquierdo (OI). La presión intraocular (PIO) era de 5 mmHg en OD y 18 mmHg en OI. En la lámpara de hendidura se observaba una úlcera corneal marginal entre 1 y 3 horas, autosellada con iris, prueba de Seidel positiva, neovascularización corneal superficial y profunda de 12 a 3 horas. Ante el hallazgo de una perforación corneal, se instauró tratamiento con lente de contacto terapéutica, colirio moxifloxacino cada 4 horas y control la mañana siguiente.

En la revisión con el departamento de córnea, el paciente refirió no tolerar bien la lentilla de contacto por lo que se la retiró. Se sospechó que se tratara de una úlcera marginal por herpes simple secundaria a tratamiento crónico con corticoide, se pidió una serología para virus herpes simple y se añadió tratamiento con valaciclovir oral 500 mg cada 12 horas e insulina tópica 1 UI/ml 4 veces al día. A los 13 días, la AV en OD mejoró a 0,4 (0,9 con estenopeico) y se observó cierre completo de la úlcera y disminución de la neovascularización corneal. 5 meses después del inicio del tratamiento, el paciente presenta AV de 1,0 en OD y en la exploración se observa Dellen marginal en la zona de la antigua úlcera perforada.

El uso prolongado de corticoides tópicos sin un control adecuado puede conllevar efectos secundarios graves, como la reactivación de queratitis herpéticas. La insulina tópica es una alternativa terapéutica a tener en cuenta en el abordaje de las perforaciones corneales pequeñas, favoreciendo la epitelización y contribuyendo a su cierre.

CPCC103

### **SÍNDROME DE SUSAC: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Ana Avendaño Flores, José David Martínez Tormo.

*Introducción:* El síndrome de Susac (SS) es una enfermedad microangiopática autoinmunitaria que se caracteriza típicamente por la tríada de encefalopatía, oclusiones de ramas arteriales retinianas y pérdida auditiva. Suele afectar a mujeres jóvenes y la tríada descrita no suele presentarse en su conjunto, sino que habitualmente comienza con manifestaciones neurológicas. Presentamos un caso en el que el motivo de consulta que inició el circuito sanitario fue oftalmológico.

*Caso clínico:* Mujer de 19 años acude a urgencias por presentar desde hace unas horas disminución de la visión en ojo derecho. Tras la exploración oftalmológica evidenciamos un defecto altitudinal inferior, que se correlacionaba en el fondo de ojo con un área de palidez retiniana dependiente de arcada temporal superior. Posteriormente se realizó una resonancia magnética cerebral que mostró múltiples lesiones hiperintensas T2. La angiografía fluoresceínica constató múltiples oclusiones arteriolas y áreas focales de hiperfluorescencia en la pared arteriolar en ambos ojos.

En nuestro caso, el diagnóstico de SS se basó en la asociación entre los hallazgos típicos de la RM y la microangiopatía retiniana. No se objetivó pérdida auditiva.

*Conclusión:* El SS es un reto diagnóstico con pocos casos descritos en la literatura y cuya detección precoz es fundamental para evitar secuelas permanentes. La figura del oftalmólogo y un robusto diagnóstico diferencial es fundamental para este objetivo.

CPCC104

### **SÍNDROME DE MASCARADA SIMULANDO UNA UVEÍTIS INTERMEDIA EN UN PACIENTE CON RETINOSIS PIGMENTARIA.**

María Cobo de Nadal, Jesús Díaz Cascajosa.

*Introducción:* La uveítis intermedia constituye un 15-20% de las uveítis en edad pediátrica. La forma más frecuente en niños es la pars planitis, que se define como una uveítis intermedia con snowballs y/o snowbank en ausencia de patología sistémica. Existen diversos cuadros que pueden simular una pars planitis. Entre ellos se encuentra la retinosis pigmentaria (RP), la distrofia hereditaria retiniana más frecuente.

*Caso clínico:* Varón de 17 años remitido para valoración desde otro centro por pars planitis desde los 5 años, actualmente en tratamiento con Adalimumab subcutáneo y Metotrexate oral. Como antecedentes oftalmológicos destacan un desprendimiento de retina intervenido a los 8 años en el ojo izquierdo (OI) y a los 11 años en el ojo derecho (OD). Presenta ptosis bulbi del OI y es afáquico de ambos ojos (AO). La AV es de 0,05 en OD y de no percepción luminosa en OI. En segmento anterior se aprecian los antecedentes ya descritos sin otras alteraciones. En el fondo de ojo (FO) se aprecia alteración generalizada del EPR con preservación perivascular y esclerosis arteriolar marcada. La autofluorescencia muestra hipofluorescencia severa con preservación perivascular. Dado el patrón sugestivo de distrofia retiniana se solicita estudio genético que confirma una mutación heterocigótica en el gen CRB1, confirmando el diagnóstico de RP.

*Conclusión:* El gen Crumbs homologue 1 (CRB1) se encuentra mutado en un 6,5% de pacientes con RP y codifica una proteína transmembrana crucial en el mantenimiento de la homeostasis retiniana. Estos pacientes pueden presentar respuestas inmunes periféricas hacia antígenos retinianos, probablemente secundaria a una respuesta inmunitaria dirigida contra los tejidos oculares dañados por el mal funcionamiento de la proteína retiniana. Dado que algunas distrofias retinianas pueden presentarse simulando uveítis intermedia, la realización de autofluorescencia en toda uveítis intermedia es imprescindible.

CPCC105

### **SÍNDROME DE HARADA-LIKE POR PEMBROLIZUMAB.**

Esperanza Cosano Palma, Alejandro Bonmatí Echevarría.

*Introducción:* Pembrolizumab es un anticuerpo monoclonal contra PD-1 usado como inmunoterapia en diversos cánceres. Al activar el sistema inmune, puede provocar efectos adversos autoinmunes, incluidos oculares como uveítis o síndromes tipo Vogt-Koyanagi-Harada (VKH-like). La enfermedad VKH es una panuveítis granulomatosa bilateral asociada a afectación sistémica, secundaria a una respuesta inmunitaria contra melanocitos. Se han descrito casos similares inducidos por inmunoterapia, aunque su fisiopatología exacta no se conoce.

*Caso clínico:* Mujer de 52 años con carcinoma ductal infiltrante de mama, tratada con mastectomía, quimioterapia y Pembrolizumab. Consultó por dolor y enrojecimiento ocular izquierdo. Presentaba uveítis anterior con desprendimiento de retina seroso (DR) subfoveal y engrosamiento coroideo. Las pruebas de imagen (OCT, ecografía, AGF, RMN) fueron compatibles con síndrome VKH-like. Se inició tratamiento tópico con corticoides y midriáticos. Tras confirmar la ausencia de metástasis en RMN y la evolución favorable sin necesidad de continuar inmunoterapia, se suspendió Pembrolizumab y se inició tratamiento con prednisona oral, logrando resolución completa del cuadro sin recurrencia posterior. Se descartaron metástasis orbitarias o intracraneales y otras causas de síndrome VKH-like.

*Conclusiones:* El caso resalta la posibilidad de aparición de uveítis tipo Vogt-Koyanagi-Harada como efecto adverso raro del Pembrolizumab. Aunque infrecuentes, las complicaciones oculares deben considerarse durante el tratamiento con inhibidores del punto de control inmunitario. El diagnóstico diferencial incluye entidades como la escleritis posterior o la coriorretinopatía serosa central. El manejo requiere una evaluación conjunta entre oncología y oftalmología, y puede implicar la interrupción del tratamiento inmunoterápico y el uso de corticoides. La respuesta suele ser favorable y la recurrencia infrecuente.

CPCC106

### ENFERMEDAD DE BEHÇET: DEL FONDO DEL OJO AL DIAGNÓSTICO SISTÉMICO.

Marcos De Martín Marcos, Víctor Hernández García.

*Introducción:* La enfermedad de Behçet es un proceso inflamatorio crónico de origen autoinflamatorio, con capacidad de afectar distintos órganos, entre ellos el ojo, que es uno de los más frecuentemente comprometidos. La afectación ocular puede ser el primer signo de la enfermedad y presentarse de forma aislada durante años, lo que dificulta el diagnóstico en fases iniciales. La identificación precoz de estos casos es clave para evitar secuelas visuales permanentes.

*Caso clínico:* Presentamos el caso de una mujer de 67 años que consulta por una pérdida visual súbita en el ojo derecho. En la exploración se evidencian signos de vasculitis retiniana mixta, con trombos de fibrina en vasos venosos y arteriales, edema en el haz papilomacular y signos de isquemia. Las pruebas de imagen (OCT y AFG) confirman estos hallazgos.

Se inicia un estudio amplio para descartar causas infecciosas, autoinmunes y vasculares, sin hallazgos significativos. La paciente presenta HLA-B51 positivo, sin manifestaciones orales ni genitales. Aunque no cumple los criterios clásicos de 1990, los hallazgos oculares severos y el perfil genético permiten plantear el diagnóstico de enfermedad de Behçet en su forma ocular incompleta, según los criterios internacionales ICBD. Se inicia tratamiento con corticoides tópicos, orales e intravítreos, y posteriormente inmunosupresión sistémica, con seguimiento conjunto por Medicina Interna.

*Conclusiones:* Este caso pone de relieve la importancia de sospechar enfermedades sistémicas como el síndrome de Behçet ante una vasculitis retiniana sin causa aparente. Reconocer formas incompletas es esencial, especialmente cuando el debut es exclusivamente ocular. El diagnóstico precoz y el abordaje multidisciplinar son clave para preservar la visión y evitar complicaciones sistémicas.

CPCC107

### **TOXOPLASMOSIS OCULAR ATÍPICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Alba García Marco, Antonio Gil Fernández.

*Introducción:* La toxoplasmosis ocular es una de las principales causas de uveítis posterior infecciosa a nivel mundial. Aunque su presentación clásica incluye la presencia de una cicatriz retiniana indicativa de una infección previa, existen formas atípicas que pueden dificultar el diagnóstico, especialmente en pacientes provenientes de regiones donde circulan cepas más virulentas del parásito *Toxoplasma gondii*. En este contexto, se presenta el caso de una mujer joven de origen ecuatoriano que acude por disminución de agudeza visual y signos inflamatorios oculares, en el que el diagnóstico definitivo requirió estudios avanzados debido a una presentación clínica inusual y a la necesidad de descartar otras etiologías infecciosas y autoinmunes. Este caso ilustra los retos diagnósticos que pueden surgir en patologías aparentemente comunes cuando se enfrentan a variantes geográficas del agente causal.

*Caso clínico:* Consulta una mujer de 32 años de origen ecuatoriano con molestias en ojo izquierdo de 2 días de evolución y disminución de agudeza visual. En la exploración destaca hiperemia conjuntival y, en fondo de ojo, pliegues maculares y una mancha blancoamarillenta. Se diagnostica de retinocoroiditis. Ante el empeoramiento con panuveítis, se decide ingreso a medicina interna y estudio autoinmune y serológico, en el que se positivizan IgG de varios posibles microorganismos y se empieza a descartar el posible origen autoinmune. Sin embargo, ante la dificultad para hacer un diagnóstico certero, se toman muestras de humor acuoso, con PCR positiva para *Toxoplasma gondii*.

*Conclusión:* La particularidad de este caso radica en la presentación inespecífica de la toxoplasmosis ocular, que generalmente se diagnostica en su fase inactiva mediante el hallazgo casual de una cicatriz retiniana, no presente en este caso, posiblemente por tratarse de una cepa característica de América latina, más agresiva de la que solemos tener en España.

CPCC108

### UVEÍTIS INTERMEDIA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN EN PACIENTE VIH NAVE.

Ricardo García-Serrano Fuertes, Francisco López Rodríguez.

*Introducción:* La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad multisistémica donde afectación ocular es frecuente. En la era pre-terapia antirretroviral (TAR), la retinitis por Citomegalovirus era la manifestación más común; en la era post-TAR, predomina el síndrome de ojo seco. La uveítis es habitual y puede clasificarse en: inducida por el VIH, asociada a infecciones, de recuperación inmunológica e inducida por fármacos. Cuando un paciente sin TAR presenta uveítis anterior y sin afectación retiniana, debe considerarse la forma inducida por VIH, sensible a TAR.

*Caso clínico:* Varón de 50 años con miodesopsias y molestias en ojo izquierdo desde hacía 2 semanas. Agudeza visual 0,3. Biomicroscopía: precipitados retroqueráticos (PRKs) finos-medios, rubeosis iridiana, Tyndall 3+ y sinequias posteriores. Fundoscopia: papila sobreelevada, vítreo con turbidez y flóculos, sin lesiones coriorretinianas ni vasculitis. Eco-grafía: hiperrefringencia vítrea con ecos móviles. Se inició tratamiento con corticoides tópicos y cicloplejía, solicitándose estudio de uveítis, ANGIO-RMN y eco-doppler. Solo VIH fue positivo.

Tras una semana de TAR y tratamiento tópico: PRKs medianos, Tyndall 2+ y vasos finos iridianos. Persistía vitritis leve y sobreelevación nasal de la papila, iniciándose corticoterapia descendente.

A las tres semanas, solo con TAR, el Tyndall había remitido. No mostraba turbidez vítrea; persistía elevación papilar y cicatrices temporales a mácula. Autofluorescencia: punteado hiper/hipoautofluorescente. Angiografía con fluoresceína: punteado hiperfluorescente macular precoz, retraso en relleno coroideo supero-temporal y difusión tardía papilar.

*Conclusión:* Las uveítis en VIH son frecuentes, aunque raramente la presentación inicial. Las formas inducidas por VIH sin causa infecciosa y de localización intermedia son excepcionales. Este caso subraya la importancia de considerar esta presentación para evitar diagnósticos tardíos y complicaciones.

CPCC109

**UVEÍTIS POSTERIOR BILATERAL CON VASCULITIS RETINIANA Y EDEMA DE PAPILA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE CORIORRETINOPATÍA DE BIRDSHOT EN UN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE ORBITOPATÍA TIROIDEA.**

Daliana Estefanía González Barros, Beatríz Ridruejo Ortega.

*Caso clínico:* Presentamos el caso de una paciente de 58 años, con antecedentes personales de hipotiroidismo y orbitopatía tiroidea tratada quirúrgicamente, que acude a Urgencias de Oftalmología por visión borrosa y escotoma en forma de «tela negra» en el ojo izquierdo, sin cefalea ni focios asociadas. En la exploración oftalmológica, la agudeza visual corregida era de 0,4 en el ojo derecho (OD) y 0,2 en el ojo izquierdo (OI). El examen fundoscópico reveló vitritis y edema de papila bilateral, con mala visualización del polo posterior en el OI. La tomografía de coherencia óptica (OCT) mostró edema de papila en ambos ojos, asociado a desprendimiento neurosensorial foveal en el OI. La paciente fue derivada a la Unidad de Inmunología del Servicio de Oftalmología, donde se realizó un estudio completo de uveítis. Las serologías y el test de cuantiferón fueron negativos. La positividad del HLA-A29 orientó el diagnóstico hacia una Coriorretinopatía de Birdshot. En la exploración oftalmológica se objetivó abundante vitritis, edema de papila y vasculitis retiniana venosa bilateral, que afectaba tanto a vasos centrales como periféricos. Se instauró tratamiento inmunosupresor con prednisona oral en pauta descendente, micofenolato mofetilo (2 g/día) y corticoterapia tópica, con buena evolución clínica y anatómica. En las revisiones sucesivas se observó mejoría progresiva de la vitritis, resolución del edema de papila y desaparición de los signos activos de vasculitis, manteniéndose la integridad retiniana en las pruebas de imagen.

*Conclusión:* La Coriorretinopatía de Birdshot es una uveítis posterior bilateral poco frecuente, de probable etiología autoinmune, fuertemente asociada al HLA-A29. Su diagnóstico precoz es esencial para iniciar un tratamiento inmunosupresor adecuado y preservar la función visual. La coexistencia con otras enfermedades autoinmunes sistémicas, como la orbitopatía tiroidea, es inusual, y resalta la importancia de un manejo multidisciplinar.

CPCC110

### DIAGNÓSTICO DE NOVO DE SARCOIDOSIS MEDIANTE UVEÍTIS ANTERIOR BILATERAL.

Anisha Gualani Gualani, Claudia Fraidias Hidalgo.

*Introducción:* La sarcoidosis es una de las asociaciones sistémicas más frecuentes de la uveítis. La mayoría de los casos de uveítis asociada a sarcoidosis (71%) son anteriores. Los pacientes con sarcoidosis de aparición tardía tienen más probabilidades que los pacientes más jóvenes de presentar uveítis y menos probabilidades de presentar anomalías asintomáticas en la radiografía de tórax.

*Caso clínico:* Mujer de 63 años con ojo rojo, dolor, fotofobia y visión borrosa de 3 meses de evolución en ambos ojos. A la exploración destacó la reacción en cámara anterior, precipitados retroqueráticos finos y nódulos de Koeppe. El fondo de ojo presentó áreas de atrofia en relación con focos antiguos de coriorretinopatía, snowballs inferiores y nódulos amarillos de Dalen Fuchs.

Ante el diagnóstico de uveítis anterior bilateral no granulomatosa, se solicitaron pruebas para completar el estudio como una radiografía de tórax y una analítica. En la radiografía se visualizó ensanchamiento mediastínico y aumento de tamaño de adenopatías hiliares. El TAC de tórax reveló un patrón micronodulillar junto con nódulos milimétricos de localización subpleural, cisural y peribroncovascular en bases pulmonares compatibles con adenopatías en contexto de sarcoidosis.

Asimismo, el estudio anatomopatológico de las adenopatías reveló granulomas no necrotizantes sin signos de malignidad, PAS y Ziehl Neelsen negativos. En la analítica destacó el valor alto (80,4 U/L) de la enzima convertidora de angiotensina.

La clínica y las múltiples pruebas permitieron el diagnóstico de sarcoidosis en una paciente que solo presentaba síntomas oculares. Ello permitió iniciar el tratamiento sistémico que contribuyeron al control de la sintomatología ocular.

*Conclusiones:* La patología ocular y la sospecha clínica inicial constituyen un pilar fundamental en la sospecha de patología sistémica subyacente. El manejo multidisciplinar es necesario para asegurar un adecuado tratamiento de las patologías sistémica.

CPCC111

### **ESCLERITIS RECIDIVANTE ASOCIADA A DUPILUMAB EN PACIENTE CON ASMA POLIPÓSICA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Víctor Hernández García, Marcos De Martín Marcos

*Introducción:* Dupilumab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra el receptor de Interleucina (IL) 4, que bloquea la señalización de IL-4 e IL-13, modulando la vía T-Helper (TH) 2. Su uso en asma polipósica, entre otras patologías autoinmunes, ha demostrado eficacia. No obstante, su acción inmunomoduladora puede inducir una respuesta compensatoria TH1/TH17, asociada a fenómenos inflamatorios oculares autoinmunes. Las manifestaciones oculares más frecuentes son conjuntivitis y blefaritis, pero se han descrito casos menos comunes de inflamación ocular, como la escleritis.

*Caso clínico:* Paciente varón de 59 años con asma polipósica en tratamiento con dupilumab. Quince días tras la quinta dosis de dupilumab, desarrolla clínica de dolor ocular, enrojecimiento y fotofobia en ojo izquierdo (OI), siendo diagnosticado de escleritis nodular no necrosante. Se inició tratamiento con prednisolona de manera tópica cada 2 horas y prednisona oral 30mg cada 24 horas durante varios días en pauta descendente y se retiró el tratamiento con dupilumab, con mejoría casi total. Sin embargo, semanas después de reanudar el dupilumab, reaparecieron los síntomas en OI, acompañados de celularidad (2+) en cámara anterior, sinequias posteriores y nuevos focos de escleritis nodular. El paciente retiró de nuevo el fármaco, pero mantiene parcialmente la sintomatología en la actualidad. No se identificaron otras causas subyacentes.

*Conclusiones:* La escleritis representa una manifestación ocular infrecuente asociada al desequilibrio inmunológico inducido por dupilumab y puede tener una evolución agresiva. El tratamiento de primera línea son los corticoides, y en casos graves y refractarios debe valorarse el uso de fármacos biológicos. El caso destaca la necesidad de una evaluación oftalmológica previa al uso de dupilumab, así como la monitorización durante este tratamiento, ya que la detección temprana de efectos adversos permite suspender el dupilumab y aplicar el tratamiento oportuno.

CPCC112

### **SIGNO DE LA T: CLAVE DIAGNÓSTICA EN LA ESCLERITIS POSTERIOR.**

Macarena Jiménez-Alfaro Ortego, Paula Domench Arana.

*Introducción:* La escleritis posterior es una entidad infrecuente pero potencialmente grave. Dado que su diagnóstico suele ser tardío, el manejo inicial debe incluir la realización de resonancia magnética (RMN) y ecografía ocular (EO), ésta última orientada a la identificación del signo de la T.

*Caso clínico:* Una paciente de 17 años acude a nuestro servicio para segunda opinión. Un año antes fue valorada en otro centro por disminución de agudeza visual (AV), dolor e hiperemia conjuntival del ojo izquierdo. La sospecha diagnóstica inicial fue una neoplasia coroidea con extensión extraescleral, basada en hallazgos de la RMN. Posteriormente, tras la realización de EO, biopsia vía conjuntival y estudios analíticos, fue diagnosticada de sarcoidosis. Se inició tratamiento con corticoides y metotrexato con mejoría parcial, sin embargo, se suspendió por una reacción cutánea. Meses después acude por deterioro visual, apreciándose líquido subretiniano en la tomografía de coherencia óptica (OCT) macular. Se administran corticoides intravenosos y perioculares y bevacizumab intravítreo con mejoría transitoria.

Acude a nuestro centro aportando los resultados de las pruebas mencionadas. La EO realizada un año antes mostraba engrosamiento escleral y líquido subtenoniano, por lo que se decide repetir la RMN y la EO, ante la sospecha de una escleritis posterior. En la ecografía se observó el signo de la T, confirmando dicha sospecha. Tras ser valorada por reumatología, es diagnosticada de escleritis posterior idiopática y se recomienda iniciar tratamiento con adalimumab.

*Conclusiones:* La escleritis posterior es una entidad de difícil diagnóstico que debe considerarse ante la presencia de dolor ocular, disminución de AV y celulitis orbitaria. Tras descartar etiología infecciosa y neoplásica, es imprescindible la realización de una EO, en la cual la identificación del signo de la T es sugestiva de escleritis posterior, pudiendo así evitar procedimientos y tratamientos innecesarios.

CPCC113

### **MACULOPATÍA PLACOIDE PERSISTENTE.**

Francisco López Rodríguez, Elena Gámez Jiménez.

*Introducción:* La maculopatía placoide persistente (MPP) es una coriorretinopatía bilateral infrecuente que afecta típicamente a varones caucásicos de mediana edad. Se caracteriza por la aparición de placas amarillentas o hipopigmentadas maculares con respeto del área peripapilar que provocan alteraciones en las capas externas de la retina y el epitelio pigmentario, sin dañar la coroides. Se cree que la inflamación juega un papel clave en la patogénesis de esta enfermedad, especialmente en forma de vasculitis. El diagnóstico diferencial deber realizarse con la coroiditis serpinginosa o la epiteliopatía pigmentaria placoide multifocal posterior aguda, que afectan el área peripapilar.

*Caso Clínico:* Paciente de 60 años que ha sido seguida por nuestro servicio durante los últimos 14 años. Tras ser tratada en múltiples ocasiones con corticoterapia sistémica y micofenolato por episodios recurrentes de panuveítis desarrolló áreas de atrofia maculares en ambos ojos, diagnosticándose posteriormente de MPP en base a los hallazgos de las pruebas de imagen realizadas. Estas pruebas incluyen retinografías, angiografías, OCT y angio-OCT, que objetivan las manifestaciones típicas de la enfermedad: placas de atrofia maculares, déficit de perfusión en la coriocapilar, alteración a nivel de las capas externas y alteraciones angiográficas (hipofluorescencia precoz con disociación posterior entre los resultados de angiografía con flúor y angiografía con verde indocianina).

*Conclusiones:* La maculopatía placoide persistente es una enfermedad ocular crónica con riesgo de producir una pérdida significativa de agudeza visual, ya sea debido al desarrollo de neovascularización coroidea o por atrofia macular. Pese a no tener tratamiento curativo puede verse beneficiada de terapia inmunosupresora sistémica para frenar su avance, por lo que es necesario conocer su diagnóstico diferencial con otras enfermedades similares para identificarla y tratarla precozmente.

CPCC114

### **ATENCIÓN A LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES: RETINITIS POR RICKETTSIA CONORII EN UN ÁREA RURAL DE ESPAÑA.**

Almudena Montejo Elorza, Jesús Torres Medina.

*Introducción:* Rickettsia Conorii es la causante de la fiebre botonosa mediterránea, enfermedad endémica en la cuenca mediterránea cuyo vector principal es la garrapata Rhipicephalus sanguineus. La tríada clínica clásica consiste en la aparición de una mancha negra, fiebre y exantema. A nivel ocular, Rickettsia Conorii suele manifestarse como uveítis anterior, vitritis, vasculitis retiniana o retinitis multifocal.

*Caso clínico:* Varón de 37 años consulta por disminución de agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD) de 72 horas de evolución. Refiere fiebre previamente, así como exantema y una lesión cutánea. La AV es de movimiento de manos en OD. En polo posterior presenta edema macular y retinitis que se confirman con tomografía de coherencia óptica (OCT) y angiografía fluoresceínica (AFG). El análisis de humor acuoso descarta virus herpes simple y citomegalovirus. Finalmente se solicita una serología, en la que se observan anticuerpos positivos para Rickettsia Conorii. Con ello se inicia tratamiento sistémico con doxiciclina y prednisona. Posteriormente se observa vitritis y un desprendimiento neurosensorial que se resuelven, así como fibrosis retiniana que persiste actualmente junto a una AV residual de 0,4 en OD.

*Conclusión:* La afectación ocular por rickettsia es infrecuente. Cuando se produce, se presenta como retinitis multifocal que puede asociarse a vitritis, vasculitis y desprendimiento de retina seroso. Además, la rickettsiosis ocular no suele dejar secuelas tras la curación. La presencia de inflamación ocular asociada a fiebre debe hacernos sospechar rickettsiosis como posible causa. Es de gran ayuda el empleo de pruebas complementarias como la OCT; que nos permitirá examinar la retina interna, o la AFG que nos mostrará los casos de afectación vascular. La serología positiva finalmente confirma el diagnóstico. Por último, el tratamiento con doxiciclina y corticoides sistémicos ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de esta patología.

CPCC115

### ENFERMEDAD DE VOGT-KOYANAGI-HARADA: REVISIÓN DE 6 CASOS.

Paula Patricia Rumoroso Sanz, Rosalía Demetrio Pablo.

*Introducción:* La enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada es una panuveítis granulomatosa de origen autoinmune, generalmente bilateral que cursa con desprendimiento de retina seroso y puede acompañarse de afectación del sistema nervioso central, alteraciones dermatológicas y auditivas.

*Casos Clínicos:* Se revisan de manera retrospectiva 6 pacientes diagnosticados de Vogt-Koyanagi-Harada entre 2013 y 2025.

De los 6 pacientes estudiados 5 fueron mujeres (83,33%) y su media de edad fue de  $33,67 \pm 13,50$  años, siendo una de las pacientes menor de edad (15 años). El diagnóstico se llevó a cabo siguiendo los criterios diagnósticos establecidos en 2001 por la Sociedad Americana de Uveítis.

Ninguno de los pacientes tenía antecedente de traumatismo o cirugía ocular, ni enfermedades oculares previas. El 66,67% tuvieron manifestaciones prodrómicas como cefalea, malestar general y náuseas. Las manifestaciones oftalmológicas iniciales más frecuentes fueron la disminución de agudeza visual (100%) y el dolor ocular retrobulbar (66,67%). En la exploración oftalmológica de todos los pacientes se observó un desprendimiento de retina neurosensorial exudativo y tabicado a nivel macular, que fue bilateral en todos los pacientes salvo en uno. Así mismo, dos de los pacientes (33,33%) presentaron una uveítis anterior en el momento del diagnóstico.

En cuanto a las manifestaciones neurológicas, uno de los pacientes refirió acúfenos e hipoacusia bilateral y en otro de ellos se encontró pleocitosis del líquido cefalorraquídeo. Ninguno de los pacientes presentó manifestaciones dermatológicas, por lo que se diagnosticó una enfermedad de Vogt Koyanagi Harada incompleta en todos ellos.

Se decide tratamiento con Bolos de Metilprednisolona intravenosa. El 33,33% de los pacientes presentó con el tiempo una recurrencia en forma de uveítis anterior granulomatosa bilateral.

*Conclusión:* El diagnóstico y tratamiento tempranos son clave para mejorar el pronóstico visual de esta enfermedad.

CPCC116

ANULADO

CPCC117

### **DESPRENDIMIENTO RETINIANO SEROSO 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 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 los mismos 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.

CPCC118

### LÍNEA DE SCHLAEGEL ASOCIADA A MIAU.

Jesús Suárez Pérez, Ricardo García-Serrano Fuertes.

*Introducción:* La maculopatía idiopática aguda unilateral (MIAU) es una entidad poco común que provoca una pérdida unilateral y repentina de visión central, usualmente en personas jóvenes con antecedentes de síntomas gripales. La recuperación suele ser espontánea y rápida, aunque pueden persistir alteraciones pigmentarias en la mácula en forma de «ojo de buey». Las estrías ecuatoriales o líneas de Schlaegel son lesiones coriorretinianas lineales y curvilíneas en la retina periférica, habitualmente relacionadas con enfermedades inflamatorias como la coroiditis multifocal o coroiditis punteada interna. Hasta ahora, no se habían asociado con MIAU.

*Caso Clínico:* Mujer de 24 años que acudió por visión borrosa con escotoma central rodeado de luz en el ojo derecho (OD) y agudeza visual (AV) de 0,2 en OD y 0,8 en el ojo izquierdo (OI). Como único antecedente, era miope de -3,75D. A la exploración, se detectó una mínima decoloración focal foveal en OD. La OCT mostró una alteración localizada en las capas externas subfoveales, sin signos de neovascularización en la Angio-OCT. El OI se mostró normal. Se sospechó una MIAU, logrando mejoría gradual en las sucesivas semanas. A los seis meses, la paciente se encontraba asintomática, con AV de 0,8 en OD. En el fondo de ojo se apreció una hiperpigmentación circunferencial ecuatorial en ambos ojos. Se procedió a ampliar el estudio solicitando un perfil uveítico de laboratorio y angiografía fluoresceínica, resultando ambos estudios normales. Tres años después, la paciente continuaba sin síntomas y con AV de 1 en ambos ojos.

*Conclusiones:* Las líneas de Schlaegel, clásicamente vinculadas a uveítis posteriores como la coroiditis multifocal, también pueden manifestarse en el contexto de MIAU. Dado que tanto la coroiditis multifocal como la MIAU afectan a jóvenes sanos y pueden presentar síntomas similares, es fundamental conocer sus características diferenciales para realizar un diagnóstico preciso y un manejo correcto de cada entidad.

CPCC119

### HEMANGIOMA DE DISCO ÓPTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

José Antonio Aragón Amador, Sergio Del Valle Buzón.

*Introducción:* Los hemangiomas yuxtapapilares, que representan el 5-15% de los tumores vasculares retinianos, se asocian al síndrome de Von Hippel-Lindau (VHL) en el 30-50% de los casos. Su principal complicación es la exudación macular, responsable de pérdida visual irreversible en el 70-90% de los pacientes debido a la extravasación crónica de fluidos. El manejo es complejo: aunque los antiangiogénicos intravítreos (anti-VEGF) son la primera línea terapéutica, presentan altas tasas de recidiva (60% a 6 meses). Alternativas como la terapia fotodinámica (TPD) muestran eficacia en lesiones  $\leq 1,5$  diámetros discales (DD), mientras que el Beltzutifán -inhibidor de HIF-2 $\alpha$ - reduce significativamente el tamaño tumoral en casos asociados a VHL. La localización peripapilar contraindica el láser, limitando las opciones curativas.

*Caso Clínico:* Paciente varón con diagnóstico en septiembre/2023 de hemangioma yuxtapapilar temporal en ojo derecho (1,5 DD), confirmado mediante OCT y angiografía, asociado a edema macular quístico severo. Agudeza visual inicial: 0,15 OD. Tras descartar VHL mediante RMN cerebral, se inició terapia anti-VEGF: 3 dosis de aflibercept seguidas de 18 dosis de faricimab. Aunque se observó mejoría transitoria, persistió la exudación recurrente en controles seriados. Actualmente, la AV es 0,03 OD con daño macular irreversible. Ante la refractariedad, se priorizó terapia fotodinámica (TPD) -en fase de gestión administrativa- y Beltzutifán sistémico propuesto por Medicina Interna.

*Conclusión:* Este caso ilustra los desafíos terapéuticos de los hemangiomas yuxtapapilares refractarios, donde los anti-VEGF muestran una eficacia limitada y transitoria. La pérdida visual central es irreversible, pero estrategias combinadas como la TPD y el Beltzutifán podrían estabilizar la exudación residual y preservar campo periférico. Se recomienda iniciar urgentemente TPD, valorar Beltzutifán off-label y mantener seguimiento con OCT mensual, junto a screening anual para VHL.

CPCC120

### **MEMBRANA EPIRETINIANA COMO MANIFESTACIÓN AISLADA DE TOXOCARIASIS OCULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.**

Coral Arriola Naharro, Pedro Bueno García.

*Introducción:* La toxocariasis ocular es una infección parasitaria causada por *Toxocara canis*, habitualmente transmitida por ingestión de huevos en suelos contaminados o contacto con animales infectados. Suele afectar a niños, pero puede manifestarse en adultos jóvenes. Las manifestaciones clínicas son variables, destacando la coriorretinitis, granulomas y endoftalmitis. La membrana epirretiniana (MER) es una manifestación infrecuente. El diagnóstico puede ser complejo y requiere, en algunos casos, toma de muestras intraoculares. El tratamiento sistémico no siempre es necesario si la afectación es exclusivamente ocular.

*Caso clínico:* Mujer de 18 años, sin antecedentes sistémicos, consulta por disminución de agudeza visual (AV) en ojo izquierdo de dos años de evolución. Presenta AV de 0,05 y al fondo de ojo se observa una extensa MER que compromete el polo posterior, con tracción de arcadas vasculares. Se realiza estudio sistémico (serologías autoinmunes e infecciosas, resonancia magnética) sin hallazgos patológicos. Se decide realizar cirugía de vitrectomía mínimamente invasiva 23 G asociada a pelado de MER y membrana limitante interna y toma de muestras vítreas. Se usó como tamponador al final de la cirugía el gas SF6. El análisis inmunológico del vítreo reveló IgG positiva para *Toxocara canis*. Tras valoración con enfermedades infecciosas, se descarta tratamiento sistémico al no evidenciarse afectación extraocular.

*Conclusiones:* Este caso subraya la relevancia de considerar la toxocariasis ocular en el diagnóstico diferencial de MER en pacientes jóvenes. La toma de muestras vítreas fue clave para el diagnóstico etiológico, pues el estudio sistémico era negativo. La ausencia de afectación sistémica puede justificar una actitud conservadora respecto al tratamiento antiparasitario. La vitrectomía con pelado de MER es una opción terapéutica eficaz en estos casos.

CPCC121

### **HAMARTOMA COMBINADO DE RETINA Y EPR EN NIÑO.**

Rocío Barrera Moyano, Francisca Victòria Sánchez Oliver.

Exponemos el caso de clínico de un niño de 7 años, de raza caucásica, sin antecedentes médicos ni oftalmológicos de interés. Acude por estrabismo vertical de una semana de evolución. La agudeza visual corregida fue de 2/6 en el ojo derecho y de 6/6 en el ojo izquierdo. Los campos visuales eran normales. El test de Cover reveló una hipertrópia del ojo derecho de 15 Dp de cerca y 25 Dp de lejos. En cuanto a la biomicroscopía, sin alteraciones.

En el examen de fondo de ojo se encontró en su ojo derecho una lesión rojo-grisácea que se extendía desde la papila hasta la retina inferior compatible con CHRRPE. En el modo en-face la lesión apareció mejor delimitada, permitiendo un mejor detalle de la tracción ejercida sobre la mácula. La angiografía fluoresceínica detectó un aumento de la tortuosidad vascular retiniana, pero no mostró captación ni difusión de contraste. La tomografía de coherencia óptica reveló una masa hiperreflectante elevada en la retina con atenuación del EPR y de la unión del segmento interno/segmento externo de los fotorreceptores. También se observó un engrosamiento y atenuación prominentes de la retina interna y una membrana epirretiniana hiperreflectante. El fondo de ojo de su ojo izquierdo fue normal.

Se descartaron cuadros infecciosos como el Toxocara o toxoplasmosis. El estudio sistémico y las pruebas de imagen craneales y orbitarias no revelaron ninguna alteración. En vista de la historia familiar de Neurofibromatosis tipo 2 (padre) se realizó un estudio genético donde se detectó una mutación asociada a la NF-2.

Se propuso realizar una vitrectomía pars plana, pero la familia se negó. Durante los 5 años de seguimiento se produjo una resolución parcial espontánea de la tracción ejercida por la membrana epirretiniana, resultando en una mejora de la agudeza visual corregida de 3/6. Dadas las posibles asociaciones con otras enfermedades sistémicas, el paciente fue derivado al departamento de neurología pediátrica para completar el estudio.

CPCC122

### **DESGARRO PERIFÉRICO GIGANTE DEL EPITELIO PIGMENTARIO DE LA RETINA (EPR) COMPLICADO CON DESPRENDIMIENTO DE RETINA (DR) SEROSO Y HEMORRAGIA MACULAR.**

Andrea Bernal González, Vanesa Fuertes Barahona.

*Introducción:* Se presenta un caso de DR inferior asociado a un desgarro espontáneo del EPR periférico.

*Caso Clínico:* Mujer de 81 años en seguimiento en nuestras consultas por degeneración macular asociada a la edad (DMAE) intermedia en ambos ojos (AO), que acudió a urgencias refiriendo pérdida de visión en hemicampo superior de ojo derecho (OD) y metamorfopsias de 5 días de evolución, siendo la agudeza visual (AV) de 0,4 decimal. La exploración fundoscópica reveló drusas blandas y cambios pigmentarios en AO, y en OD un DR inferior con afectación macular junto a una lesión periférica en temporal de forma helicoidal y bordes replegados compatible con desgarro del EPR. La tomografía de coherencia óptica (OCT) confirmó que el desprendimiento neurosensorial era continuo, atravesando el desgarro del EPR. Ante la sospecha de DR regmatógeno, se decidió realizar cirugía con cerclaje escleral, vitrectomía pars plana y endoláser, observando el día de la intervención un aumento del tamaño de desgarro del EPR y una hemorragia macular masiva que ocupaba todo el polo posterior, que adicionalmente se manejó mediante inyección de activador tisular del plasminógeno recombinante (rTPA) y antiangiogénico Bevacizumab. El postoperatorio cursó con normalidad sin identificarse actividad neovasular por pruebas complementarias. Actualmente, la paciente muestra la retina reaplicada 360°, mácula a nivel con hemorragia subfoveal resuelta, cicatrices láser pigmentadas en bordes de placa de rotura del EPR, y una AV estable de 0,3 decimal.

*Conclusión:* El desgarro del EPR constituye una entidad clínica asociada a la DMAE exudativa, cuya incidencia se incrementa en pacientes tratados con terapia antiangiogénica, siendo su localización más frecuente el polo posterior. En nuestro caso, el desgarro del EPR era periférico por lo que, en ausencia de antecedente traumático ni signos de neovascularización, planteamos un origen idiopático del mismo como primera aproximación diagnóstica.

CPCC123

### **MEWDS TRAS IPC EN UN MISMO PACIENTE.**

Alejandro Bonmati Echevarría, Jesús Suárez Pérez.

El Síndrome de Múltiples Puntos Blancos Evanescentes (MEWDS) es una enfermedad poco común, que afecta predominantemente a mujeres jóvenes sanas y frecuentemente asociada a infecciones virales previas. Se caracteriza por manchas blanco-amarillentas en el EPR o la retina profunda. Típicamente presenta disminución transitoria de la agudeza visual, escotomas paracentrales y alteración en la visión de colores, afectando generalmente un solo ojo. El curso de la enfermedad es generalmente autolimitado.

Presentamos el caso de una mujer de 45 años con antecedente de coroiditis punctata interna (PIC) y membrana neovascular secundaria en ojo derecho (OD), que acude a urgencias por disminución de agudeza visual de OD tras cuadro febril. Su agudeza visual era contar dedos en OD y 0,8 en OI. La biomicroscopia anterior era normal en ambos ojos.

El fondo de ojo mostraba lesiones atróficas crónicas por PIC en AO. En el OD presentaba además múltiples puntos blancos de color blanco- amarillentos en región macular y en arcadas.

La OCT del OD mostraba, junto con la atrofia central secundaria a las lesiones por PIC, varias zonas de disrupción del EPR y de los fotorreceptores correspondiendo con las lesiones blancas observadas en el FO.

La autofluorescencia infra-roja mostraba punteado hipoautofluorescente correspondiendo a las lesiones descritas. La angiografía fluoresceínica mostró hiperfluorescencia central macular encapsulada en MNV cicatricial, asociada a tinción peripapilar bilateral en tiempos tardíos.

El paciente recibió 3 pulsos de 250 mg de metilprednisolona IV seguidos de una pauta descendente de deflazacort oral. Tras finalizar el tratamiento se produjo una regresión de las lesiones con recuperación del EPR y los fotorreceptores en las imágenes de OCT.

Este caso retrata la relación entre los diferentes síndromes de puntos blancos ya que muestra como en una paciente con diagnóstico previo de PIC años antes, aparece en el contexto de un cuadro viral un MEWDS.

CPCC124

### ¿EPPMPA O SÍFILIS OCULAR? UN RETO DIAGNÓSTICO.

Mario Bonmatí Echevarría, Laura Acebal Castillo.

La epitelopatía placoide pigmentaria multifocal posterior aguda (EPPMPA) es una coriorretinopatía inflamatoria poco frecuente. Se asocia a procesos virales, enfermedades autoinmunes y enfermedades de transmisión sexual como sífilis.

En el examen funduscópico (FO) el signo más característico son las lesiones placoideas de color blanco-amarillento en polo posterior.

La maculopatía sifilítica puede confundirse con la EPPMPA, se considera una forma de neurosífilis.

*Caso Clínico:* Varón de 27 años con visión borrosa, fotofobia y escotoma central bilateral. Sufrió un cuadro pseudogripal autolimitado en las 3 semanas previas y manifiesta un contacto sexual de riesgo hace 8 años.

Exploración:

Mejor agudeza visual corregida (MAVC) OD: 0,63 OI:0,8.

Biomicroscopía (BMC) normal.

FO ambos ojos (AO): Placas de color blanco-amarillo en mácula.

Tomografía de coherencia óptica (OCT): hiperreflectividad de capas externas paramacular columnar con alteración de zona elipsoides.

AngioOCT (OCTA): isquemia del plexo coriocapilar.

Autofluorescencia (AF): lesiones hipoautofluorescentes con bordes hiperautofluorescentes.

Angiografía fluoresceínica (FA): placas hipofluorescentes en fase precoz e hiperfluorescentes en fase tardía.

Ingreso y tratamiento con metilprednisolona intravenoso (IV) durante 3 días seguido de prednisona oral en pauta descendente. Se obtiene una serología treponémica positiva, con el resto de las pruebas negativas.

Se decidió tratar empíricamente al paciente con 2 gramos de ceftriaxona al día IV 14 días y una inyección intramuscular de 2.400.000 unidades de penicilina.

Este caso nos orienta más a una EPPMPA por ser un paciente inmunocompetente, las imágenes son más características de EPPMPA y existe negatividad de pruebas treponémicas activas y en líquido cefalorraquídeo.

*Conclusiones:* La EPPMPA es poco frecuente, con etiología y patogenia desconocida. Es necesario un examen completo. Normalmente autolimitada, se precisa de consenso en el tratamiento.

CPCC125

### **PÉRDIDA VISUAL AGUDA POST-INYECCIÓN INTRAVÍTREA EN SÍNDROME DE ISQUEMIA OCULAR: ROL DE LA DINÁMICA DE LA PIO.**

Adrián Bujosa Mateu, Laura Flores Villarta.

*Introducción:* Se presenta el caso de un paciente con pérdida visual aguda tras la aplicación de una inyección intravítrea (IVI) en el contexto de un síndrome de isquemia ocular bilateral.

*Caso clínico:* Varón de 65 años con antecedentes de ateromatosis bilateral grave de las arterias carótidas internas asociada a degeneración cerebelosa izquierda y deterioro cognitivo mixto. El paciente acudió a urgencias de oftalmología por molestias oculares inespecíficas en el ojo izquierdo. En la exploración por biomicroscopia se objetivó la presencia de neovasos en iris con presión intraocular (PIO) normal y neovasos a nivel de la papila óptica en ambos ojos. Se realizó una angiografía con fluoresceína que demostró la neovascularización en la cabeza del nervio óptico y la presencia de isquemia capilar periférica extensa de forma bilateral. Ante estos hallazgos, se indicó la realización de una panretinofotocoagulación (PRFC), precedida por una IVI con anti-VEGF en ambos ojos. Inmediatamente tras la inyección, el paciente refirió una significativa disminución de la agudeza visual hasta percepción de movimientos, sin mejoría posterior. Mediante una retinografía de control se reveló la presencia de atrofia del nervio óptico en ambos ojos.

*Conclusión:* El caso expone una pérdida visual severa e irreversible tras IVI en un paciente con síndrome de isquemia ocular bilateral. A pesar de presentar una PIO basal dentro de la normalidad, las alteraciones vasculares crónicas pueden condicionar una situación de hiposecreción del cuerpo ciliar que puede enmascarar una alteración de la malla trabecular subyacente. Planteamos que la alteración aguda de la PIO inducida por el tratamiento pudo haber desencadenado un evento isquémico a nivel del nervio óptico en el contexto de una perfusión vascular gravemente comprometida. Este caso subraya la necesidad de extremar la precaución ante procedimientos que puedan modificar brusca-mente la PIO en pacientes con compromiso vascular severo.

CPCC126

### TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA SUBFOVEAL TRAS TRAUMATISMO EN PACIENTE CON PSEUDOXANTOMA ELÁSTICO Y ESTRÍAS ANGIOIDES.

Marta Comes Carsi, Aranzazu Caro Ortega.

*Introducción:* Las estrías angioides (EA) representan rupturas lineales de la membrana de Bruch (MB) calcificada y a menudo se asocian a enfermedades sistémicas como el pseudoxantoma elástico (PXE). En estos casos existe un mayor riesgo de sangrado en el trayecto de las EA tras un traumatismo ocular. Existe poca información sobre el manejo de las hemorragias subretinianas (HSR) con afectación subfoveal asociadas a EA y no se describe ningún tratamiento significativamente superior al resto, siendo el pronóstico visual generalmente desfavorable.

*Caso Clínico:* Presentamos un paciente de 47 años con diagnóstico de PXE y EA en ambos ojos. Acude a urgencias por pérdida de visión central del ojo derecho (OD) tras una caída con traumatismo ocular contuso. La agudeza visual (AV) en OD es de 0,05 y 0,6 en ojo izquierdo (OS). A la exploración destaca en el fondo del OD la presencia de múltiples HSR que siguen el trayecto de las EA, alcanzando la fovea.

La tomografía de coherencia óptica (OCT) del OD muestra un espacio subretiniano hiperreflectivo subfoveal, compatible con la HSR del fondo de ojo (FO).

Se decide administrar una inyección intravítrea de 0,2ml de gas hexafluoruro de azufre (SF6) al 100% y posicionamiento boca abajo del paciente.

En el FO y en la OCT se observa un aplanamiento progresivo de las HSR, reabsorbiéndose totalmente a los 6 meses y dejando únicamente una fina línea hiperreflectiva de fibrosis subfoveal en la OCT. La AV final en el OD es de 0,6 (similar a su AV basal).

*Conclusiones:* La compactación neumática mediante gas SF6 al 100% intravítreo puede ser un tratamiento efectivo para las HSR subfoveales en pacientes con EA. Se postula que este procedimiento al compactar la hemorragia reduce la distancia entre la capa corio-capilar y los fotorreceptores, facilitando la llegada de oxígeno y disminuyendo el daño isquémico y la formación de fibrina, mejorando así el pronóstico visual.

CPCC127

### **AGUJERO MACULAR TRAS DESPRENDIMIENTO DE RETINA: SIGNO DE LA LÍNEA DE FRACTURA.**

Francisco Javier Cordero Bellido, José Carlos Fernández Fontán.

*Introducción:* El signo de la fractura foveal («foveal crack sign») es una línea hiperreflectiva vertical u oblicua visible en la tomografía de coherencia óptica (OCT), que se extiende desde las capas internas a las externas de la retina en la fovea. Este hallazgo se ha descrito como marcador precoz de debilidad estructural foveal y se ha asociado con el desarrollo posterior de agujeros maculares (AM), especialmente tras vitrectomía por desprendimiento de retina regmatógeno (DRR). Aunque su fisiopatología no está completamente dilucidada, se cree que refleja un estrés biomecánico residual en la fovea, ya sea por tracción vitreo-macular persistente, pérdida de soporte estructural o por los efectos del gas intraocular. Su identificación en la OCT permite una vigilancia más estrecha para valorar la necesidad de intervención quirúrgica precoz.

*Caso clínico:* Paciente varón de 59 años, fáquico, que consulta por aparición súbita de miodesopsias y fotopsias en el ojo derecho. La exploración revela un DRR con afectación macular, asociado a un desgarro superior. Se interviene de forma urgente mediante vitrectomía vía pars plana con láser endorretiniano y tamponamiento con gas SF6 al 20%. La retina se reapplica adecuadamente. En el seguimiento a las 6 semanas se identifica en OCT una línea hiperreflectiva vertical en la fovea, compatible con el signo de la fractura. Dos semanas después, el paciente refiere descenso de agudeza visual central. Se confirma en la OCT la presencia de un AM de espesor completo. Se indica una segunda vitrectomía con pelado de membrana limitante interna, creación de flap invertido y gas, con cierre anatómico posterior.

*Conclusiones:* El signo de la fractura foveal puede considerarse un biomarcador precoz en OCT de riesgo de desarrollo de AM secundario. Su detección en pacientes operados de DRR debe alertar al oftalmólogo sobre la necesidad de seguimiento estrecho y valoración temprana de cirugía si hay progresión.

CPCC128

**PROLIFERACIÓN MELANOCÍTICA UVEAL DIFUSA BILATERAL (BDUMP): A  
PROPÓSITO DE UN CASO.**

Elena de Ciria Espinosa, Fátima Sánchez Aparicio.

*Introducción:* Se presenta el caso de un paciente de 77 años con pérdida de agudeza visual sin ningún otro síntoma, con reciente diagnóstico de ADK de pulmón. Se orienta como posible BDUMP (bilateral diffuse uveal melanocytic proliferation), un síndrome paraneoplásico de baja incidencia.

*Caso clínico:* El paciente acude a consulta por una disminución significativa de la visión en los últimos dos meses. La agudeza visual (AV) en la primera consulta fue de 0,4 (OD) y de 0,5 (OI) que empeoró durante los dos siguientes meses hasta llegar a 0,15 (OD) y 0,2 (OI). Durante ese intervalo de tiempo el paciente fue diagnosticado de un adenocarcinoma pulmonar en estadio IV.

En la exploración oftalmológica del polo anterior no se observaron signos infecciosos ni inflamatorios. En el polo posterior se observaron focos hiperpigmentados con exudación, que se objetivan en la OCT como puntos hiperrefringentes en la coroides y líquido subretiniano. También se aprecia desprendimiento exudativo de retina bilateral. La autofluorescencia muestra focos hipofluorescentes con hiperfluorescencia de aspecto granular del fondo.

La principal sospecha diagnóstica fue de BDUMP, un síndrome paraneoplásico producido por el ADK de pulmón, caracterizado por la pérdida simultánea, bilateral e indolora de la visión con desprendimiento de retina. Ante la sospecha, el paciente se derivó al hospital de referencia dónde se trató con varios ciclos de plasmaféresis y prednisona mejorando la agudeza visual.

*Conclusiones:* BDUMP requiere un diagnóstico temprano y un abordaje precoz de la neoplasia maligna subyacente para un tratamiento eficaz. Los signos oculares preceden a la manifestación del carcinoma sistémico de 3 a 12 meses, lo que resalta la necesidad de sospechar de dicho síndrome y realizar una evaluación inmediata. Si no se trata, puede provocar ceguera en menos de un año. No obstante, las opciones de tratamiento son limitadas y no está claro que aumenten la supervivencia.

CPCC129

### **MELANOMA... ¿NADA MÁS?.**

Amaia de Madariaga Azcuenaga, Alicia Julve San Martín.

*Introducción:* El melanoma uveal es el tumor intraocular primario maligno más frecuente, siendo la coroides el segmento más comúnmente afectado. Atañe a pacientes de mediana edad, en muchos casos asintomáticos, lo que complica el diagnóstico y el tratamiento precoz de estos tumores.

*Caso clínico:* Varón de 85 años, con múltiples factores de riesgo cardiovascular, que acude a urgencias por pérdida de visión brusca por ojo izquierdo (OI). La agudeza visual en el ojo derecho (OD) es de 0,4 y en el OI de movimiento de manos. En la campimetría por confrontación se objetiva un déficit campimétrico casi total del OI, con respeto del cuadrante temporal superior. Presenta asimismo un defecto pupilar aferente relativo en el OI, y en la funduscopia se objetiva una papila óptica de bordes borrados con una masa yuxtapapilar pigmentada y edema macular. A los 5 días del diagnóstico, se evidencia una mancha rojo cereza macular con respeto ciliarretiniano, sin cambios en los síntomas. En la tomografía de coherencia óptica se observa fluido subretiniano y cambios en la retina externa de OI. La ecografía objetiva una masa de 9,4mm x 8,5mm, de aspecto cupuliforme con contenido homogéneo con dudoso ángulo kappa. El estudio de extensión con tomografía axial computarizada y resonancia magnética no demuestran lesiones a distancia. Dada la enfermedad localizada y el pronóstico visual nefasto, se realiza una enucleación del OI. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de melanoma de coroides de células fusiformes.

*Conclusiones:* El melanoma de coroides es un tumor maligno silente en muchos casos, pudiendo presentar metástasis al diagnóstico. En el caso presentado, la manifestación atípica en forma de obstrucción arterial aguda permitió un diagnóstico temprano y un buen pronóstico vital.

CPCC130

### MANEJO DE LA RETINOPATÍA DREPANOCÍTICA PROLIFERATIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Fernando Díaz Leal, Elena Domínguez Fraga.

*Objetivo:* Analizar el abordaje terapéutico de la retinopatía drepanocítica proliferativa a partir de un caso clínico, destacando el papel de la fotocoagulación y analizando el lugar que pueden ocupar otras alternativas en un contexto de evidencia limitada.

*Métodos:* Se presenta el caso de un varón de 54 años con antecedentes de drepanocitosis que acude a urgencias por miodesopsias y fopsias en ojo derecho. Se diagnostica al paciente de retinopatía drepanocítica proliferativa estadio III-IV en ambos ojos y se realiza fotocoagulación de la retina periférica con láser argón.

*Resultados:* Se muestran y describen las imágenes previas y posteriores a la fotocoagulación.

Se realizó tratamiento con láser en ambos ojos, aplicando fotocoagulación inicialmente sectorial sobre las áreas de neovascularización «en gorgonia» y demarcación periférica de los parches salmón, además de las áreas isquémicas insuficientemente irrigadas por vasos exangües. El seguimiento mostró regresión parcial de los neovasos sin progresión de la isquemia ni aparición de nuevas complicaciones. El paciente mantuvo agudeza visual estable sin requerir vitrectomía u otras alternativas terapéuticas.

*Conclusiones y discusión:* La fotocoagulación láser es el tratamiento de elección en la retinopatía drepanocítica proliferativa (RDP) activa. Existen otras terapias alternativas, con menor evidencia, como:

- La vitrectomía pars plana, que es útil en complicaciones como hemorragia vítrea persistente o desprendimiento de retina.
- Terapias sistémicas como hidroxiurea o transfusiones crónicas, que podrían reducir el riesgo de desarrollar RDP, pero no controlan la enfermedad ocular activa.
- Aunque el VEGF está implicado en la patogenia de la RDP, el uso de anti-VEGF no tiene un papel establecido como tratamiento de primera línea en este contexto. Puede considerarse en situaciones seleccionadas como neovascularización persistente o hemorragia vítrea recurrente.

CPCC131

**ATROFIA CORIORRETINIANA PIGMENTADA PARAVENOSA UNILATERAL EN PACIENTE CON DEGENERACIÓN MACULAR ATRÓFICA; A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Paula Domench Arana, Macarena Jiménez-Alfaro Ortego.

*Introducción:* La atrofia coriorretiniana pigmentada paravenosa (PPCRA) es una enfermedad rara, generalmente bilateral, esporádica, asintomática, estable o de progresión lenta y de etiología desconocida. Se caracteriza por depósitos pigmentarios en espículas a lo largo de las venas retinianas, con atrofia del epitelio pigmentario de la retina y la coroides adyacente. Presentamos un caso inusual de PPCRA unilateral asociado a degeneración macular asociada a la edad (DMAE) atrófica.

*Caso clínico:* Acudió a consulta una mujer de 76 años refiriendo pérdida progresiva de visión en el ojo izquierdo (OI), manteniendo buena agudeza visual (AV) en el ojo derecho (OD). Con corrección óptica, alcanzó una AV de 1,0 en el OD y de 0,2 en el OI. En la escala ETDRS, leyó 81 letras con el OD (20/25) y 41 letras con el OI (20/160). La presión intraocular fue de 14 mmHg en ambos ojos (AO).

La exploración del segmento anterior fue normal. Sin embargo, en la funduscopia se observaron espículas pigmentadas paravasculares en OD y drusas maculares en AO. El estudio se completó con imágenes de autofluorescencia de campo ultra amplio y tomografía de coherencia óptica macular, que mostraron zonas de atrofia completa central en AO, con respecto foveal en el OD, y áreas de atrofia paravenosa en el mismo ojo.

En la anamnesis se descartaron antecedentes de traumatismo ocular, toxicidad medicamentosa e infecciones previas. Asimismo, se realizaron serologías para descartar sífilis, tuberculosis, sarcoidosis y enfermedad de Behçet, entre otras. Con estos hallazgos clínicos y de imagen, se estableció el diagnóstico de PPCRA en el OD en paciente con DMAE atrófica bilateral.

*Conclusión:* La identificación de espículas pigmentadas en el fondo de ojo debe alertarnos sobre esta posible variante, fundamental para establecer un diagnóstico diferencial preciso y ofrecer una orientación pronóstica adecuada al paciente. Hasta la fecha no se ha descrito un caso unilateral en paciente con DMAE atrófica.

CPCC132

**«IMAGEN MULTIMODAL EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE NEOVASCULARIZACIÓN COROIDEA ASOCIADA A EXCAVACIÓN COROIDEA FOCAL: A PROPÓSITO DE UN CASO».**

Elena Domínguez Fraga, Ana Cabo Sánchez.

*Introducción:* La excavación coroidea focal (ECF) es una alteración morfológica caracterizada por una depresión localizada en la coroides, identificada principalmente mediante tomografía de coherencia óptica (OCT). En la mayoría de los casos, es asintomática y se detecta de forma incidental. No obstante, puede asociarse a pérdida de agudeza visual cuando se complica con neovascularización coroidea (NVC).

*Caso clínico:* Se presenta el caso de una mujer de 40 años, en seguimiento en nuestro centro desde el año 2012, con antecedentes de múltiples inyecciones intravítreas por NVC yuxtafoveal en el ojo izquierdo. La paciente presentaba una lesión hipopigmentada solitaria, temporal a la mácula, clínicamente asintomática. La imagen de OCT reveló una depresión localizada en la capa coroidea temporal a la fóvea, con atenuación de la zona de interdigitación y de la elipsoides, así como cavitación en las capas internas de la retina.

El abordaje mediante imagen multimodal, incluyendo OCT macular seriada, OCT angiografía (OCTA), retinografía en rojo/verde y autofluorescencia, permitió establecer el diagnóstico de excavación coroidea focal con cambios estructurales secundarios a neovascularización coroidea. El abordaje integral permitió diferenciar la lesión de otras cicatrices maculares, tanto congénitas (hipertrofia congénita del epitelio pigmentario de la retina, nevus amelanótico, maculopatía en torpedo) como adquiridas (cicatrices por toxoplasmosis o histoplasmosis).

*Conclusiones:* La incidencia de NVC asociada a ECF varía según la población estudiada y el tipo de excavación, con una prevalencia reportada entre el 22 % y el 41 %, siendo mayor en los casos de ECF secundaria. La utilización de OCT macular seriada resulta fundamental en el seguimiento de estos pacientes, permitiendo detectar de forma temprana cambios estructurales que comprometen su evolución.

CPCC133

### **COLOBOMA RETINIANO CON MEMBRANA DE BRUCH PERSISTENTE EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT.**

Laura Domínguez García, Mónica Asencio.

*Objetivo:* Presentar el caso de un paciente masculino de 13 años con síndrome de Lennox-Gastaut (LGS) que presenta un coloboma corioirretiniano atípico, contribuyendo a la comprensión de las asociaciones oftalmológicas del LGS.

*Materiales y Métodos:* El paciente, diagnosticado con LGS e implantado con un estimulador del nervio vago, fue sometido a una evaluación oftalmológica de rutina. Se evaluó la agudeza visual utilizando cartas logMAR y se midió el error refractivo con técnicas estándar. Se realizaron biomicroscopía, examen de fondo de ojo y tomografía de coherencia óptica (OCT) para evaluar la salud ocular e identificar anomalías. El paciente fue seguido durante seis años para monitorear cambios en la lesión ocular y el error refractivo.

*Resultados:* La mejor agudeza visual corregida del paciente fue logMAR 0,1 en ambos ojos. La evaluación del error refractivo reveló un equivalente esférico de -3,25 dioptrías con -0,25 dioptrías de astigmatismo, sin presencia de anisometropía.

El fondo de ojo izquierdo identificó una lesión ovalada, oscura, bien definida y no elevada, adyacente al polo inferior del disco óptico, con un tamaño aproximado de 4-5 diámetros de disco. No se observaron signos de pigmento anaranjado ni líquido subretiniano. La OCT reveló un adelgazamiento corioirretiniano circunscrito, ausencia del epitelio pigmentario de la retina y un área hiperreflectiva sugestiva de engrosamiento de la capa de fibras nerviosas y gliosis epirretiniana. La lesión fue consistente con un coloboma corioirretiniano.

Durante los seis años de seguimiento, la lesión permaneció estable en morfología y color, mientras que la miopía del paciente fluctuó, alcanzando finalmente -3,50 dioptrías.

*Conclusiones:* El síndrome de Lennox-Gastaut se asocia con diversas anomalías neurológicas y potenciales alteraciones oculares. Este caso resalta la importancia de las evaluaciones oftalmológicas en pacientes con LGS, ya que pueden presentar hallazgos oculares únicos, como colobomas corioirret.

CPCC134

### **HEMANGIOMA CAVERNOSO RETINIANO EN PACIENTE PEDIÁTRICO, UN HALLAZGO INESPERADO.**

Jorge Duque García, Mercedes García Torre.

El hemangioma cavernoso de la retina (HCR) es un hamartoma retiniano congénito benigno de muy baja prevalencia, siendo el menos frecuente de los tumores vasculares de la retina. Suele ser unilateral, sin predilección por sexo, y se asocia a hemangiomas en otras localizaciones, en el contexto de síndromes neuro-óculo-cutáneos familiares. El diagnóstico diferencial debe incluir la enfermedad de Coats y el aneurisma familiar de Leber, aunque suele presentar características diferenciales claras.

Mujer de 15 años que acude a consulta para una revisión general. Presenta una mejor agudeza visual corregida de 0,9+2 en ambos ojos. La biomicroscopía es normal. En el fondo de ojo del ojo derecho, se objetiva una lesión temporal a mácula, por fuera de arcadas de 6 por 10,8 milímetros, donde se observan múltiples dilataciones aneurismáticas englobadas en una matriz fibrosa. En la tomografía de coherencia óptica vemos una clara desestructuración de las capas retinianas internas con gran hiperreflectividad y con múltiples cavidades quísticas interconectadas de aspecto vascular. En la angiografía fluoresceínica observamos una hiperfluorescencia que inicia en tiempos precoces y va aumentando, hasta mantenerse en tiempos tardíos; así como la formación de un pseudohipopion dentro de las cavidades quísticas. Se realiza el diagnóstico de HCR. Ante la posibilidad de presentar hemangiomas en otras localizaciones, principalmente sistema nervioso central, remitimos al neurólogo y en la actualidad estamos a la espera de obtener los resultados.

El HCR es un tumor poco frecuente y fácilmente diagnosticable con las diferentes pruebas de imagen disponibles. Es importante el estudio sistémico, ya que pueden descubrirse hemangiomas en otras localizaciones, principalmente en los casos de HCR bilaterales. Es un tumor muy estable que no suele requerir tratamiento, únicamente el de las posibles complicaciones, como la aparición de hemorragias retinianas y vítreas.

CPCC135

**«PSEUDOXANTOMA ELÁSTICO: NUEVAS TERAPIAS EN EL MANEJO DE LA MEMBRANA NEOVASCULAR SECUNDARIA A ESTRÍAS ANGIOIDES».**

Beatriz Durán Castellanos, Juan Antonio Liberal Bejarano.

*Introducción:* El pseudoxantoma elástico (PXE) es una enfermedad genética autosómica recesiva, causada habitualmente por mutaciones en el gen ABCC6, que provoca mineralización y fragmentación progresiva de fibras elásticas en tejidos blandos, con afectación multisistémica. A nivel ocular, se asocia con piel de naranja retiniana, estrías angioides, atrofia del epitelio pigmentario y neovascularización coroidea (NVC), principal causa de pérdida visual en estos pacientes. El tratamiento actual de elección para la NVC es la terapia intravítrea con anti-VEGF, destacando faricimab por su acción dual (VEGF-A y Ang-2) y mayor durabilidad.

*Caso clínico:* Se presenta el caso de una mujer de 59 años que acudió a urgencias por pérdida visual súbita en ojo derecho (OD). En la exploración se objetivó AV OD 0,16 y ojo izquierdo (OI) 0,9, con facoesclerosis bilateral y sin signos inflamatorios. La funduscopia mostró estrías angioides, atrofia peripapilar, perimacular, piel de naranja y una lesión subfoveal hemorrágica en OD. La OCT reveló una membrana neovascular subfoveal con líquido subretiniano. Por otra parte, la angiografía fluoresceínica confirmó NVC tipo 2 en OD. Se inició tratamiento con faricimab (esquema de carga mensual x3), con buena respuesta estructural y funcional. A los 3 meses se evidenció resolución del exudado y mejoría de AV a 0,5.

La paciente fue derivada a Dermatología y Medicina Interna donde se identificaron lesiones papulosas en cuello y axilas compatibles con PXE, confirmado por biopsia y test genético (mutación ABCC6). Se adoptó régimen Treat and Extend y seguimiento multidisciplinar. A los 12 meses, permanece estable sin recurrencias.

*Conclusiones:* Este caso destaca la importancia del diagnóstico precoz de NVC asociada a PXE y el papel clave de faricimab como opción terapéutica eficaz. El abordaje multidisciplinar es esencial para el control sistémico y visual de estos pacientes.

CPCC136

### **RETINOPATÍA AGUDA ZONAL OCULTA EXTERNA (AZOOR) Y ESCLEROSIS MÚLTIPLE. ¿UNA SIMPLE CASUALIDAD?.**

Amaia Erauskin Mendizabal, Cristina Irigoyen Laborra.

La retinopatía aguda zonal oculta externa (AZOOR) es un trastorno inflamatorio de la retina externa, que se presenta de forma unilateral aguda en mujeres jóvenes con miopía, caracterizada por fopsias y escotoma nasal con visión central preservada. Aunque su etiología no está totalmente clara, se sospecha un mecanismo autoinmune. La esclerosis múltiple (EM), también de base autoinmune, es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central. Este caso explora la posible relación entre ambas patologías.

Se presenta una mujer de 48 años que es derivada a la Unidad de Distrofias Hereditarias de la Retina por sospecha de retinosis pigmentaria unilateral (RPU), tras hallar un área de dispersión pigmentaria en forma de espículas óseas en temporal a papila en un solo ojo. Refería además parestesias, nictalopía, hipoacusia y alteraciones en la marcha. La RMN cerebral y la punción lumbar confirmaron el diagnóstico de EM remitente-recurrente. A nivel ocular, la autofluorescencia (AF) y la OCT mostraron signos compatibles con AZOOR, especialmente el patrón trizonal característico. La RPU fue descartada al no cumplir los criterios diagnósticos, y se consideró que el cuadro correspondía a AZOOR por exclusión de patologías infecciosas, vasculares, toxicidad o trauma ocular. Ante la falta de tratamiento específico, se optó por seguimiento cada 6-9 meses con OCT, campo visual, AF y retinografía. La paciente inició tratamiento con Ocrelizumab para la EM, manteniéndose estable oftalmológicamente durante el seguimiento.

En conclusión, este caso plantea una posible relación entre AZOOR y EM, dos entidades autoinmunes con manifestaciones neurológicas y oftalmológicas. Aunque se podría considerar una coincidencia, hay literatura que apoya una conexión patogénica común. Por ello, se sugiere realizar RMN cerebral en pacientes con AZOOR y seguimiento oftalmológico en pacientes con EM, para detectar alteraciones retinianas tempranas.

CPCC137

### **ENDOFTALMITIS ENDÓGENA POR CÁNDIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Pilar Escribano Argandoña, María Ángeles González Garrido.

*Introducción:* Presentar un caso de endoftalmitis endógena por cándida en una paciente tras cirugía abdominal por perforación intestinal.

*Caso clínico:* Mujer de 58 años remitida desde el servicio de cirugía general para valoración de fondo de ojo por cultivo de cándida en líquido peritoneal. La paciente refiere disminución de agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD).

En la exploración se objetivó una AV OD de 0,2 y 0,4 en ojo izquierdo (OI). En el fondo de ojo presentaba en OD exudados blandos blanquecinos paramaculares y dos infiltrados temporales, así como hemorragias dispersas. Se realizó una tomografía de coherencia óptica (OCT) donde se evidenció un edema macular asociado en OD. Ante los hallazgos encontrados se decide administrar Voriconazol 100 mcg/0,1 ml intravítreo en OD.

La evolución fue tórpida, necesitando hasta 3 dosis de Voriconazol intravítreo y Fluconazol 200 mg cada 12 horas vía oral sin resolución de los exudados. Por tanto, se realizó una vitrectomía (VPP) 23 G para limpieza del vítreo, toma de muestras y administración del fármaco. Tras la cirugía, se continuó con tratamiento oral con Fluconazol y se añadió nepafenaco 3 g 1 gota cada 12 horas.

Pese al tratamiento recibido, la paciente persistía con exudados retinianos por lo que se cambió la medicación oral a Voriconazol 200 mg/12 horas, dada su mayor penetrancia retiniana. Tras el cambio de medicación los exudados disminuyeron de tamaño, incluso desaparecieron, así como el edema macular mejoró significativamente, siendo la AV final del OD de 1,0.

*Conclusión:* la endoftalmitis endógena por cándida es una patología muy infrecuente, pero puede ser devastadora para la visión si no se trata a tiempo. Pese a un correcto tratamiento la evolución puede ser lenta.

CPCC138

### **ALTERACIONES VASCULARES RETINIANAS EN EL SÍNDROME DE KLIPPEL-TRÉNAUNAY.**

José Carlos Fernández Fontán, Francisco Javier Cordero Bellido.

*Introducción:* El síndrome de Klippel-Trenaunay (SKT) es una rara enfermedad congénita que afecta a desarrollo de los vasos sanguíneos, y de los tejidos blandos y óseos. Aunque su etiología no está del todo clara, se ha encontrado asociación con mutaciones esporádicas en el gen PIK3CA. Se caracteriza por la tríada compuesta por la mancha en vino de Oporto, malformaciones venosas e hipertrofia tanto de tejidos blandos como de huesos. No obstante, pueden presentar una gran cantidad de síntomas y signos. Oftalmológicamente, se han encontrado alteraciones en la vascularización retiniana asociadas a este síndrome.

*Caso Clínico:* Presentamos el caso de una paciente mujer, de 29 años de edad en la actualidad, diagnosticada de SKT y en seguimiento desde la infancia por varios servicios de nuestro hospital, debido a múltiples patologías, entre las cuales encontramos alteraciones retinianas. Por este motivo, se ha llevado a cabo un seguimiento a lo largo de los años a través de retinografías, autofluorescencia, OCT y angiofluoresceingrafías.

En la retinografía de ojo derecho se observa un macrovaso que cruza la línea media en polo posterior, además de otro vaso de menor tamaño que se dirige de forma anómala hacia la mácula. En la del ojo izquierdo podemos destacar una rectificación de las arcadas vasculares principales, con vasos alargados. En general, la arquitectura vascular se encuentra alterada. No obstante, hasta el momento actual no existe repercusión en la agudeza visual.

*Conclusión:* El SKT engloba una gran variedad de posibles alteraciones sistémicas. Por ello, requiere un enfoque multidisciplinario tanto para su diagnóstico como para su manejo, en el cual es importante un seguimiento oftalmológico completo para detectar de forma precoz las potenciales lesiones retinianas que pueden aparecer a lo largo de los años. No están descritas en la literatura asociaciones entre SKT y la presencia de macrovasos.

CPCC139

### **METASTASIS COROIDEAS COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE CARCINOMA DE PULMÓN METASTÁSICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Marina Fernández Jimenez, Carlota Moreno de Alborán.

*Introducción:* Las metástasis coroideas constituyen la forma más frecuente de diseminación intraocular de tumores sistémicos. En mujeres, el cáncer de mama es el origen más común, mientras que en varones predomina el cáncer de pulmón. Se presentan como lesiones subretinianas amelanóticas, únicas o múltiples, que pueden asociarse a desprendimiento seroso de retina. Clínicamente, los pacientes pueden experimentar disminución de agudeza visual, escotomas, metamorfopsias o fotopsias; sin embargo, hasta en un 20% de los casos el hallazgo es incidental y asintomático.

*Caso clínico:* Mujer de 50 años con hipotiroidismo subclínico consulta por fotopsias bilaterales de meses de evolución. La agudeza visual es 0,9 en ojo derecho (OD) y 1,0 en ojo izquierdo (OI), con segmento anterior sin alteraciones. El fondo de ojo revela lesiones sobrelevadas blanquecino-amarillentas próximas a la fóvea en OD y lesión parafoveal temporal similar en OI. La tomografía de coherencia óptica (OCT) confirma la localización coroidea de las lesiones con fluido subretiniano asociado. Se realiza interconsulta con medicina interna para estudio sistémico, donde las pruebas de imagen revelan una lesión pulmonar primaria con diseminación metastásica a nivel hepático, hueso sacro y cerebro (infra y supratentorial). Se inicia tratamiento con Osimertinib, observándose en controles posteriores reducción significativa del tamaño las lesiones coroideas y resolución del fluido subretiniano.

*Conclusión:* El diagnóstico diferencial de lesiones coroideas incluye neoplasias primarias, procesos inflamatorios, anomalías vasculares y metástasis, estas últimas con importancia crítica por su impacto pronóstico y terapéutico. La detección precoz de metástasis coroideas puede revelar una neoplasia sistémica oculta o indicar progresión tumoral. Por ello, es esencial un abordaje diagnóstico integral y multidisciplinar que contemple anamnesis minuciosa, examen oftalmológico exhaustivo y evaluación sistémica completa.

CPCC140

### **ESTRÍAS ANGIOIDES Y NEOVASCULARIZACIÓN COROIDEA EN BETA TALASEMIA: MANIFESTACIÓN OCULAR DE UNA ENFERMEDAD SISTÉMICA.**

Clara Fernández Sáez, Haizea Etxabe Ávila.

*Introducción:* Las estrías angioides son rupturas de la membrana de Bruch, visibles como líneas pigmentadas, radiadas y de aspecto similar a vasos sanguíneos, que parten del disco óptico y se extienden hacia la periferia retiniana. Estas lesiones suelen asociarse con enfermedades sistémicas que afectan el tejido conectivo, como pseudoxantoma elástico, enfermedad de Paget o hemoglobinopatías. En pacientes con beta talasemia la presencia de estrías angioides es una manifestación ocular frecuente y, aunque pueden ser asintomáticas, su complicación más grave es la formación de neovascularización coroidea.

*Caso clínico:* Se presenta el caso clínico de un paciente de 50 años en seguimiento en hematología por una beta talasemia que acude a urgencias por metamorfopsias y pérdida de visión en ojo izquierdo. A la exploración, la agudeza visual era de 20/20 y 10/20 en ojo derecho (OD) y ojo izquierdo (OI) respectivamente, la PIO de 18 mmHg y la BMC anodina. El fondo de ojo se objetiva la presencia de lesiones pigmentadas en polo posterior, compatibles con estrías angioides, asociadas a lesiones satélite en ambos ojos.

La OCT de mácula reveló en OD el signo de la doble línea sin actividad y en OI una membrana neovascular (MNV) asociada a fluido subretiniano (FSR) y líquido intrarretiniano (LIR). En la OCT-A se evidencia una MNV quiescente en OD de gran tamaño en nasal coincidente con el signo de doble línea y en OI una MNV activa con flujo asociado. Se inicia tratamiento con inyecciones intravítreas de anti-VEGF en OI, administrando dosis de carga de aflibercept en q4, con resolución completa del FSR y LIR en la revisión al mes.

*Conclusión:* Las estrías angioides son una manifestación ocular relativamente frecuente en la beta talasemia, asociada a alteraciones del tejido elástico similares al pseudoxantoma elástico, y pueden conllevar complicaciones visuales severas. Por tanto, es importante llevar a cabo un control oftalmológico estrecho.

CPCC141

### **RETINOPATÍA HIPERTENSIVA MALIGNA ASOCIADA A UNA CRISIS ESLCERODÉRMICA.**

Luis Celestino Franco Fente, Blanca Eslava Valdivielso.

*Introducción:* La retinopatía maligna es una manifestación ocular grave de la hipertensión arterial severa, caracterizada por edema de papila, hemorragias en llama, exudados algodonosos y, en casos avanzados, desprendimiento seroso de retina. Es una urgencia médica, pues refleja daño vascular sistémico severo y puede ser la primera señal de una crisis hipertensiva con afectación multiorgánica. El pronóstico visual depende del control rápido de la presión arterial y el manejo de las complicaciones sistémicas.

*Caso clínico:* Mujer de 48 años, fumadora y con antecedentes de síndrome de Raynaud, acude a urgencias por visión de mancha amarilla y metamorfopsias en ojo derecho (OD), junto con dolor cervical y astenia. La agudeza visual en OD de 0,9 en y ojo izquierdo 1,0, polo anterior sin hallazgos relevantes. En fondo de ojo se observan hemorragias, exudados blandos próximos a arcadas temporales y mácula. La tomografía de coherencia óptica (OCT) confirma múltiples desprendimientos de retina neurosensorial (DNS) y fluido intrarretiniano. En urgencias, la presión arterial (PA) era de 200/100 mmHg, confirmando emergencia hipertensiva con daño en órgano diana. Durante la hospitalización, se diagnostica esclerodermia sistémica con afectación cutánea, renal, pulmonar y esofágica, complicándose con crisis renal esclerodérmica y microangiopatía trombótica. Se inicia tratamiento con Eculizumab y antihipertensivos, logrando estabilizar la función renal y controlar la PA. Se observa reducción en el tamaño de los DNS y menor fluido intrarretiniano.

*Conclusión:* Este caso ilustra cómo la retinopatía hipertensiva maligna puede ser la primera manifestación de enfermedades autoinmunes graves como la esclerodermia sistémica. La exploración oftalmológica precoz y un enfoque multidisciplinar son esenciales para un diagnóstico y tratamiento oportunos, limitando la progresión del daño multiorgánico.

CPCC142

### TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DURANTE 5 AÑOS DE UN PACIENTE CON VON HIPPEL-LINDAU Y AFECTACIÓN RETINIANA.

Elena María Gámez Jiménez, Fernando López Herrero.

*Introducción:* La enfermedad de Von Hippel-Lindau (VHL) es un trastorno hereditario autosómico dominante causado por mutaciones en el gen supresor de tumores VHL. Predispone al desarrollo de tumores como hemangiomas capilares en retina y sistema nervioso central, feocromocitoma y carcinoma renal. El 50-60 % de los pacientes presenta hemangiomas capilares, frecuentemente bilaterales y multifocales. Aunque inicialmente asintomáticos, pueden causar exudación, hemorragias, fibrosis o desprendimiento de retina.

*Caso clínico:* Paciente de 17 años remitida para seguimiento por VHL. En el ojo derecho (OD) se observó hiperemia y telangiectasias con líquido subretiniano en región yuxtapapilar nasal. En el ojo izquierdo (OI), dilatación de la arcada temporal superior y exudación hasta el polo posterior, asociada a una lesión vascular periférica.

La angiografía fluoresceínica mostró un hemangioma capilar yuxtapapilar con leve difusión tardía en OD y un hemangioma periférico en OI. Se trató con propranolol oral, fotocoagulación láser e inyecciones intravítreas en OD. En OI se realizó crioterapia transescleral por ineficacia del láser y progresión de la exudación.

Tras cinco años, la agudeza visual es de 1 (OD) y 0,08 (OI). El OD requirió múltiples inyecciones antiangiogénicas; el OI permanece estable tras la crioterapia.

*Conclusiones:* El hemangioma capilar retiniano es una lesión roja, esférica, con vasos dilatados y tortuosos, y líquido subretiniano variable. Suele aparecer en la segunda década de vida. El tratamiento incluye fotocoagulación láser, crioterapia transescleral, anti-VEGF y vitrectomía. Dada la posible afectación sistémica grave en VHL, es fundamental el seguimiento multidisciplinar con estudios complementarios.

CPCC143

### CONFINAMIENTO INUSUAL DEL IMPLANTE DE DEXAMETASONA EN EL ESPACIO DE BERGER.

Mireia García Bermúdez, Lorenzo López Guajardo.

*Introducción:* El implante intravítreo de dexametasona (Ozurdex) es un tratamiento ampliamente utilizado para el edema macular secundario a diabetes, oclusiones venosas e inflamación del segmento posterior, como la uveítis o el síndrome de Irvine-Gass. Se han descrito complicaciones como migración a cámara anterior o impacto en el cristalino. Presentamos una complicación poco frecuente: el confinamiento del implante en el espacio de Berger.

*Caso clínico:* Mujer de 86 años con oclusión de la vena central de la retina. Agudeza visual inicial de 0,1 y presión intraocular dentro de la normalidad. Polo anterior sin hallazgos patológicos; paciente fáquica con catarata nuclear. El fondo de ojo mostraba hemorragias en llama en los cuatro cuadrantes. Durante el seguimiento, desarrolló edema macular, por lo que se indicó tratamiento con implante de dexametasona. Tras la inyección, el implante se visualizó desde el polo anterior, atrapado detrás de la cápsula posterior, con escasa movilidad. No se desplazaba con los cambios posturales. El cristalino permanecía sin alteraciones y la presión intraocular era de 17 mmHg. En el seguimiento se observó degradación progresiva del implante y mediante OCT de mácula se observaba reducción mantenida del edema macular hasta los 10 meses (con agudeza visual estable de 0,1). A los 13 meses, la paciente desarrolló catarata madura que impidió la visualización retiniana. Se propuso cirugía de catarata, que la paciente rechazó y posteriormente se perdió el seguimiento. Solo se ha reportado un caso previo de implante en el espacio de Berger, retirado tras cirugía al mes.

*Conclusión:* El confinamiento del implante de dexametasona en el espacio de Berger es una complicación excepcional. Este es el primer caso que documenta su efecto sostenido sobre el edema macular y la lenta progresión hacia catarata a los 13 meses, sin necesidad de intervención adicional.

CPCC144

### ANTIVEGF EN MACROANEURISMA ARTERIAL RETINIANO DE NERVIÓ ÓPTICO.

Adriana González Acosta, María Portillo Martínez.

*Introducción:* Los macroaneurismas arteriales retinianos (RAM) son dilataciones principalmente de las arcadas vasculares temporales superior e inferior; siendo rara la afectación del nervio óptico (NO), solo ocurre en un 3-8%. Las complicaciones más comunes incluyen hemorragias y exudados retinianos, oclusión arterial de rama y hemorragia vítrea. Debido a que generalmente involucionan espontáneamente, la observación es la principal medida a tomar, aunque existen otras medidas como los antiVEGF intravítreos.

*Caso clínico:* Una mujer de 65 años, hipertensa arterial, acudió a urgencias por pérdida brusca de visión por el OI con agudeza visual (AV) de 0,05.

En el fondo de ojo se apreció una papila con depósitos blanquecinos y un punto hemático en el reborde temporal, además de exudados duros radiales en el polo posterior (Fig 1).

El siguiente paso fue hacerle una OCT de papila, que reveló un abultamiento en el NO en forma de lesión circunscrita en la cabeza de éste (Fig 2); y una OCT de mácula que reveló un engrosamiento de la capa nuclear externa y un desprendimiento neurosensorial seroso (DNS) subfoveal (Fig 3).

La angiografía con fluoresceína, técnica principal para la confirmación diagnóstica, reveló una lesión redondeada en la cabeza del NO con fuga heterogénea de fluoresceína en fase temprana y mantenida en fase tardía, compatible con un macroaneurisma papilar (Fig 4).

La paciente recibió 3 dosis de Ranibizumab intravítreo, alcanzando una AV de 0,4 con una OCT que muestra resolución completa del DNS hasta día de hoy.

*Conclusiones:* Los MAR de NO se presentan de manera asintomática salvo que se compliquen. En nuestro caso, la disminución de AV lo produjo la extravasación de líquido subretiniano a nivel subfoveal, condicionó que nos decantáramos por iniciar terapia intravítrea con Ranibizumab. Esta maniobra condujo a cesar la actividad exudativa del macroaneurisma y, por consiguiente, a la desaparición de la sintomatología de la paciente.

CPCC145

### **STELLATE MULTIFORM AMELANOTIC CHOROIDOPATY: RETO DIAGNÓSTICO.**

Elena Gracia Rovira, Vicente Miralles Pechuán.

El diagnóstico preciso de las lesiones coroideas es un desafío clínico, especialmente en pacientes jóvenes con síntomas inespecíficos. Entre las patologías que presentan líquido subretiniano (FSR) y cambios en el epitelio pigmentario de la retina (EPR) se encuentran la coriorretinopatía serosa central (CSC) crónica, distrofias maculares hereditarias y ciertos tumores coroideos. Recientemente, la coroidopatía amelanótica multiforme estrellada (SMACH) ha ganado relevancia en el diagnóstico diferencial. Hasta la fecha, solo se han reportado 22 casos a nivel mundial: tres descritos por Van Dijk en 2021, dieciocho por Ramthul et al. en 2023 y uno por William Carrera et. al, siendo este el primer caso documentado en España.

SMACH, antes denominada maculopatía serosa por coroidopatía específica, se caracteriza por una lesión coroidea amarilla-anaranjada dendriforme con proyecciones estrelladas, lo que puede llevar a diagnósticos erróneos. La imagen multimodal, incluyendo OCT, OCT en face, angiografía con verde indocianina y la reflectancia en el infrarrojo cercano, es clave para diferenciar esta entidad. Presentamos un nuevo caso, destacando la importancia del diagnóstico temprano para evitar tratamientos innecesarios.

CPCC146

### **PSEUDOMELANOMA: EXUDACIÓN MASIVA SECUNDARIA A MACROANEURISMA ARTERIAL RETINIANO.**

José Vicente Guijarro Ambel, Adriana González Acosta.

*Introducción:* Diferentes entidades retinianas y coroideas como: nevus coroideo, coiroretinopatía hemorrágica exudativa periférica, hipertrofias del epitelio pigmentario, desprendimientos hemorrágicos de coroides o hemangiomas coroideos, pueden ser erróneamente diagnosticadas como un melanoma. Atendiendo a los signos de malignidad característicos del melanoma uveal, como la extensión y el grosor, la rápida evolución, la presencia de fluido subretiniano o la rotura de la membrana de Bruch, es posible realizar el diagnóstico diferencial.

*Resultados:* Varón de 71 años, hipertenso y sin antecedentes oftalmológicos destacables. Consulta en urgencias por un cuadro de miodesopsias, coincidiendo con una crisis hipertensiva. En la exploración inicial se observa una mejor agudeza visual corregida de 0,16. En el fondo de ojo se observa un hemovitreo grado II que permite observar un macroaneurisma en arcada temporal superior, y un depósito macular central blanquecino de gran tamaño. En la OCT se observó una lesión subretiniana sin edema macular asociado. En la OCT-A se sospecha posible vascularización de la lesión macular. La AGF reveló las características arteriales del macroaneurisma, y una hiperfluorescencia circunscrita a la lesión macular. La ICG puso de manifiesto una lesión macular hiperfucsificante en fases tardías. El estudio de extensión con RMN resultó normal. En la ecografía se observó una lesión hiperecogénica sin sombra posterior y sin ángulo Kppa. Tras descartar melanoma se realizó el diagnóstico de macroaneurisma arterial retiniano con gran exudación de fibrina a nivel macular. Durante el seguimiento se produjo una reabsorción espontánea de la hemorragia y la exudación.

*Conclusión:* Diversas afecciones neoplásicas, degenerativas e inflamatorias pueden simular un melanoma coroideo. Hay que destacar la importancia de un correcto diagnóstico diferencial con imagen multimodal ante la sospecha de un melanoma coroideo.

CPCC147

### **MACULOPATÍA MEDIA AGUDA PARACENTRAL EN EL EMBARAZO: UN HALLAZGO DE ORIGEN CARDÍACO.**

Anna Jiménez i Garcés, Xavier Subiràs Rodríguez.

*Introducción:* La maculopatía media aguda paracentral (PAMM) es una entidad poco frecuente causada por isquemia del plexo capilar profundo de la retina. En la tomografía de coherencia óptica (OCT), se caracteriza por una banda hiperreflectiva a nivel de la capa nuclear interna, pudiendo extenderse a la plexiforme interna y externa. Típicamente se presenta con escotomas paracentrales, en ocasiones con agudeza visual central conservada. La etiología es incierta, pero se sospecha que puede estar relacionada con eventos isquémicos como la oclusión vascular retiniana, aunque su aparición debe alertar sobre posibles causas sistémicas subyacentes, especialmente en pacientes jóvenes.

*Caso clínico:* Presentamos el caso de una mujer de 35 años, embarazada de 20 semanas, que acude por percepción de un escotoma nasal inferior en el ojo izquierdo. La exploración inicial orientó el diagnóstico hacia una oclusión de rama arterial retiniana, y la OCT reveló una banda hiperreflectiva en las capas medias de la retina compatible con una PAMM.

Ante el contexto gestacional y el evento trombótico retiniano, se inició un estudio etiológico cardiovascular ampliado, incluyendo un ecocardiograma transesofágico que evidenció la presencia de un foramen oval permeable. La combinación de este hallazgo con el estado de hipercoagulabilidad asociado al embarazo se consideró el mecanismo más probable de la afectación retiniana.

*Conclusiones:* Este caso pone de manifiesto la importancia de considerar causas sistémicas, como cardiopatías embolígenas, en pacientes jóvenes con eventos isquémicos retinianos. La PAMM, aunque infrecuente, puede ser la manifestación inicial de patologías subyacentes relevantes, como un foramen oval permeable. La OCT es una herramienta diagnóstica fundamental y su hallazgo debe motivar un enfoque multidisciplinar y un estudio sistémico dirigido.

CPCC148

**«ME DIAGNOSTICARON TOXOPLASMOSIS OCULAR CON SEROLOGÍA NEGATIVA».**

Esther Jiménez Morcuende, Inmaculada Ortega Canales.

*Introducción:* La histoplasmosis es una micosis endémica frecuente en regiones de los Estados Unidos, especialmente en los valles de los ríos Misisipi y Ohio, causada por *Histoplasma capsulatum*, un hongo asociado a excrementos de aves y murciélagos. Aunque la infección sistémica en humanos suele cursar de forma asintomática, las manifestaciones oculares pueden aparecer años tras la exposición inicial.

*Caso clínico:* Se presenta el caso de una mujer de 41 años, originaria de Perú, que consulta por una pérdida visual progresiva en el ojo izquierdo (OI) de cinco años de evolución. Aporta documentación previa con diagnóstico de toxoplasmosis ocular en su país de origen, a pesar de serologías negativas. Se incluye una tomografía de coherencia óptica (OCT) donde se identifica una membrana neovascular coroidea (MNVC), la cual fue tratada con una única inyección intravítrea de bevacizumab.

En la exploración actual se observan hallazgos en ambos fondos de ojo: múltiples lesiones coriorretinianas redondeadas tipo «sacabocados» en retina ecuatorial y una extensa cicatriz macular en el OI. No se evidencia inflamación activa.

Dado el patrón de lesiones, la cronicidad del cuadro y el contexto epidemiológico, se establece el diagnóstico de síndrome de presunta histoplasmosis ocular (SPHO).

El diagnóstico se fundamenta en la clínica característica, los antecedentes epidemiológicos y la positividad a la prueba cutánea con histoplasmina.

*Conclusiones:* Se debe sospechar un SPHO en todo paciente procedente de un área endémica con lesiones retinianas pequeñas asociadas a procesos de NVC.

Entre las entidades con las que debe hacerse el diagnóstico diferencial destacan: la toxoplasmosis, coroiditis multifocal, birdshot o tuberculosis ocular.

Este cuadro constituye una entidad no inflamatoria que puede comprometer severamente la visión en fases avanzadas, especialmente en presencia de NVC, requiriendo diagnóstico temprano y seguimiento oftalmológico.

CPCC149

### **CIERRE EXITOSO DE AGUJERO MACULAR GIGANTE BILATERAL MEDIANTE TÉCNICA SIMPLIFICADA: PELADO DE MLI Y MASAJE DE BORDES.**

Iratxe Lander Mata, Neyla Carolina Esaá Caride.

*Propósito:* Presentar un caso de agujero macular (AM) grande bilateral tratado con éxito mediante Vitrectomía 23G combinada con pelado de membrana limitante interna (MLI) y masaje de bordes, siendo una técnica eficaz y simple incluso en la restauración de AM grandes (>400um).

*Método:* Mujer de 67 años acude por sensación de visión borrosa y metamorfopsia en ambos ojos (AO) (agudeza visual 0,2), siendo diagnosticada de AM grande bilateral: 712  $\mu\text{m}$  en ojo derecho (OD) y 515 en ojo izquierdo (OI). Se hallaron leucomas corneales crónicos en AO.

Se intervino cada ojo con un mes de diferencia, realizando facoemulsificación combinada con vitrectomía pars plana 23G, pelado de membrana epirretiniana (MER) y MLI bajo tinción con Membrane Blue Dual y masaje suave de los bordes del agujero en sentido centrípeto con cánula soft-tip para evitar dañar el tejido, siendo un estímulo para la aproximación de los bordes. Se realizó taponamiento con SF6 20% y se indicó posición en decúbito prono 10 horas diarias, 5 días.

*Resultados:* Desde el primer control postoperatorio se observó un cierre anatómico completo de los agujeros maculares en ambos ojos, con restauración íntegra de las capas retinianas externas con un grosor de 247 y 243um centrales, permaneciendo estable durante el seguimiento a 6 meses. Clínicamente, la paciente refirió mejoría funcional subjetiva significativa, con desaparición de la metamorfopsia y estabilidad de la agudeza visual.

*Conclusiones:* El pelado de MLI con masaje de bordes representa una alternativa útil y sencilla en AM grandes, permitiendo un cierre eficaz, rápido y anatómicamente completo. Su menor complejidad respecto al flap invertido, se traduce en menor riesgo quirúrgico, menor tiempo intraoperatorio y buenos resultados anatómicos y funcionales. Esta técnica puede considerarse una alternativa válida y accesible como primera elección, con posibilidad de escalamiento técnico en etapas posteriores si fuera necesario.

CPCC150

## EVOLUCIÓN ESPONTÁNEA DE ANEURISMAS MILIARES DE LEBER: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Alba Luque Gómez, Noelia Rubio Álvarez.

*Introducción:* Los aneurismas miliares de Leber constituyen una forma de vasculopatía retiniana caracterizada por telangiectasias, microaneurismas y exudados lipídicos intrarretinianos. Se consideran una variante localizada dentro del espectro de la enfermedad de Coats y su conocimiento clínico es limitado dada la escasa literatura disponible.

*Caso clínico:* Varón de 65 años que acude para cribado de retinopatía diabética. Presenta una agudeza visual (AV) de 0,05 en el ojo derecho (OD) y de 1,0 en el ojo izquierdo (OI). En la funduscopia se observa una retinopatía circinada macular en OD. La tomografía de coherencia óptica macular (OCTm) muestra quistes intrarretinianos de gran tamaño asociados a múltiples puntos hiperreflectivos (PHR). La angiografía fluoresceínica (AGF) revela múltiples aneurismas paramaculares con fuga de contraste, así como otros temporales y superiores cercanos a vasos de mayor calibre con signos de exudación. Se pauta tratamiento con antiangiogénicos intravítreos, administrándose únicamente dos dosis debido a la pérdida de seguimiento.

Tras seis años, el paciente acude a urgencias por visión borrosa en OD, presentando una AV de 0,15. En la funduscopia se evidencian microaneurismas peripapilares y en arcada superior, y la OCTm revela mejoría del edema y recuperación parcial del perfil foveal.

Dos años después, presenta una AV de 0,2 en OD. A la funduscopia se observa persistencia de un grupo de aneurismas en la arcada temporal superior y desaparición de los exudados duros. La OCTm muestra reducción de quistes parafoveales temporales, desaparición de los PHR y signos de atrofia progresiva de las capas medias de la retina.

*Conclusión:* Este caso ilustra una evolución espontáneamente favorable del edema macular y los exudados asociados a aneurismas miliares de Leber, pese a una intervención terapéutica limitada. Resalta la importancia de la AGF para el diagnóstico de patologías vasculares retinianas, particularmente en casos atípicos como este.

CPCC151

### **DIAGNÓSTICO TARDÍO DE RETINOPATÍA POR RUBÉOLA EN ADULTOS CON SORDERA CONGÉNITA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS.**

Sofía Mascareñas Pazos, Xiana Elkoroaristizabal Peleteiro.

*Introducción:* La retinopatía por rubéola congénita (RRC) es una entidad ocular infra-diagnosticada, especialmente cuando los antecedentes sistémicos no son evidentes. Su aspecto típico en «sal y pimienta» puede pasar desapercibido o atribuirse erróneamente a otras distrofias retinianas. La ausencia de progresión clínica significativa y la preservación funcional en muchos casos contribuyen a que no se investigue de forma adecuada. El diagnóstico diferencial con entidades como el síndrome de Usher es esencial, especialmente en pacientes con sordera congénita no filiada.

*Casos:* Presentamos dos casos de pacientes adultos con sordera congénita no filiada derivados a consulta de retina y uveítis, respectivamente. El primero fue remitido por sospecha de distrofia retiniana, el segundo por uveítis anterior recurrente. En ambos se evidenció en el fondo un patrón retiniano moteado en «sal y pimienta» bilateral. El estudio por imagen multimodal mostró cambios granulares de hipo e hiper autofluorescencia, ausencia de isquemias en la angiografía y depósitos en zona interdigitación-epitelio pigmentario-coriocapilar (IZ-EPR-CC) en el verde indocianina. En la SD-OCT se observaron cambios en la zona IZ-EPR. Ante la sospecha de retinopatía por rubeola se solicitaron estudios serológicos, que confirmaron en ambos casos el diagnóstico por presentar títulos elevados de IgG para rubéola. En uno de los casos también se solicitó genética para descartar una retinosis pigmentaria, al presentar una disminución en la respuesta escotópica del electroretinograma.

*Conclusiones:* Estos casos reflejan cómo la RRC puede pasar inadvertida hasta la adultez. La presencia de cambios pigmentarios granulares en el fondo de ojo debe investigarse más allá de las distrofias hereditarias comunes, sobre todo en aquellos casos asociados a sordera congénita. Las técnicas de imagen multimodal son claves para reconocer los patrones característicos de la RRC y diferenciarla de otras retinopatía pigmentarias.

CPCC152

### **INFLAMACIÓN INTRAOCULAR TRAS INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE AFLIBERCEPT 8: INFORME DE UN CASO.**

María Mónico Martínez, Mario Bonmatí Echevarría.

*Introducción:* Aflibercept 8 mg, es una formulación antifactor de crecimiento endotelial vascular (VEGF). Si bien los ensayos clínicos reportan un perfil de seguridad comparable al de Aflibercept 2 mg, los datos de la práctica clínica sobre la incidencia de inflamación intraocular (IIO) deberían ser considerados. Se presenta un caso de IIO tras la inyección intravítrea de 8 mg de Aflibercept.

*Caso Clínico:* Un hombre de 47 años acude por urgencias por dolor ocular y fotofobia y ojo izquierdo 8 días después de la primera inyección de Aflibercept 8 mg. Anteriormente, había recibido tratamiento con 6 inyecciones de Aflibercept de 2 mg y 7 inyecciones de Faricimab, sin ningún efecto adverso documentado.

La agudeza visual fue igual a la última registrada previa a la inyección, pero se observó gran turbidez y tyndall 4+ en cámara anterior sin nivel de hipopion ni hiperemia conjuntival. Se apreciaba una ligera vitritis sin signos de vasculitis retiniana ni retinitis.

Debido a la sospecha inicial de endoftalmitis se trató con inyecciones intravítreas de vancomicina y ceftazidima reforzados de forma urgente, también se tomó muestra de humor acuoso y se inició antibioterapia tópica y oral. A las 24h, con PCR y cultivos de humor acuoso negativos, impresiona de cuadro inflamatorio y se comienza con corticoide tópico horario. Dada la buena respuesta, se introducen corticoide oral y no se administra segunda dosis de antibioterapia intravitea.

El cuadro se resolvió tras 25 días de corticoterapia tópica y oral, con mejor agudeza visual que la previa.

*Conclusión:* El caso expuesto sugiere la posibilidad de una respuesta inflamatoria dependiente de la dosis a Aflibercept 8 mg, donde la inflamación no se produjo con sucesivas dosis previas de Aflibercept 2 mg. se ha publicado distintos estudios que sugieren que, en la práctica clínica, la IIO no infecciosa tras la administración de Aflibercept 8 mg podría ser más frecuente de lo notificado previamente.

CPCC153

### **COROIDES: UNA VENTANA AL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE.**

Teresa Inés Peñasco Gallego, Almudena Moreno Martínez.

*Introducción:* La coroides es la localización más frecuente de metástasis uveales, las cuales pueden debutar antes de detectar el tumor primario.

*Caso clínico:* Mujer de 58 años con antecedentes de adenocarcinoma pulmonar en remisión y diabetes tipo 2. Consultó por disminución de agudeza visual en el ojo izquierdo (OI) de 4 días de evolución, que fue constatada durante la exploración (0,7 a 0,2). Asimismo, polo anterior compatible con la normalidad y sin signos inflamatorios. Sin embargo, en el fondo de ojo (FO) se apreció una lesión blanquecina sobreelevada y fluido subretiniano (FSR) con afectación macular. En la tomografía de coherencia óptica (OCT) se objetivó un desprendimiento neurosensorial con afectación foveal y lesión coroidea con contorno anterior irregular («lumpy bumpy»), y una ecografía compatible con los hallazgos en el FO. Además, se encontraron focos hiper e hipo autofluorescentes en la lesión. Frente al diagnóstico de sospecha de metástasis apoyado por una resonancia magnética (RMN) de control, se manejó de forma multidisciplinaria con el servicio de oncología. La paciente recibió tratamiento quimioterápico y local con cuatro inyecciones intravítreas mensuales de bevacizumab. Pese al tratamiento, se objetivó progresión (afectando también al ojo derecho) y finalmente se optó por tratamiento paliativo, falleciendo la paciente 2 meses más tarde.

*Conclusión:* Las metástasis coroideas ensombrecen el pronóstico y suelen traducirse en una corta esperanza de vida, así como graves secuelas a nivel ocular. Estas lesiones pueden aparecer a pesar de la supuesta estabilidad del tumor primario.

CPCC154

### **CUANDO LA IMAGEN MULTIMODAL NO BASTA: LA ANAMNESIS COMO CLAVE DIAGNÓSTICA ANTE EL HALLAZGO DE MANCHAS AMARILLAS FOVEALES.**

Aurora Pérez Jaén, María Jerez Fidalgo.

*Introducción:* La disrupción aislada de los fotorreceptores foveales puede aparecer en enfermedades coriorretinianas de diferentes causas que a menudo comparten una lesión hipopigmentada en el área foveal. Habitualmente, una anamnesis detallada junto con una tomografía de coherencia óptica (OCT) permite obtener un diagnóstico etiológico y estimar el pronóstico visual. No obstante, en la actualidad la elaboración de una historia clínica completa no está tan valorada como en el pasado. Los avances tecnológicos facilitan un diagnóstico objetivo basado en el reconocimiento de patrones patológicos en las pruebas de imagen. Sin embargo, ¿qué sucede hoy día cuando dos entidades distintas dan lugar a imágenes semejantes?

*Casos Clínicos:* Presentamos dos casos de maculopatía que destacan por su similitud en cuanto a presentación clínica e imágenes funduscópicas y de OCT.

Ambos pacientes acudieron a consulta por una leve disminución de agudeza visual (AV) y, a la exploración, presentaban una mancha amarilla foveal en ambos ojos, así como disrupción de la línea de unión de segmentos internos y externos de los fotorreceptores (IS/OS) bilateral en OCT.

El primero era un niño de 10 años que durante una excursión con el colegio observó directamente un eclipse solar sin protección ocular, mientras que el segundo, un varón de 45 años, acabó reconociendo el consumo de Poppers unas semanas antes. La evolución de los dos casos fue favorable en pocos meses, con mejoría de la AV, reducción del tamaño de las lesiones amarillas y regeneración de la línea IS/OS.

*Conclusión:* La descripción de estos casos, uno secundario a radiación solar y otro vinculado al consumo de nitritos de alquilo, ejemplifica la importancia de una anamnesis minuciosa en el diagnóstico diferencial de maculopatías. A pesar de mostrar exploraciones y pruebas de imagen análogas, fue la historia clínica de los pacientes lo que reveló su etiología y permitió instaurar las medidas terapéuticas y el seguimiento necesarios.

CPCC155

### **IMPLANTE DE DEXAMETASONA (OZURDEX®) SUPRACOROIDEO.**

María Portillo Martínez, José Vicente Guijarro Ambel.

El implante intravítreo de dexametasona (Ozurdex®) es un dispositivo biodegradable de liberación sostenida eficaz en el tratamiento del edema macular de diversas etiologías. Una complicación infrecuente es su migración a cámara anterior, con aumento de la PIO y edema corneal. Ello ocurre en pacientes con un diafragma iris-lente inestable, como afáquicos, rotura de cápsula posterior, vitrectomía previa, iridectomías o lentes suturadas a esclera o iris. El implante supracoroideo de Ozurdex® puede ser una alternativa útil en estos casos. El espacio supracoroideo es un espacio virtual entre coroides y esclera que restringe la exposición del fármaco al segmento anterior y proporciona una alta concentración en retina y coroides.

Se presentan 4 casos de Ozurdex® supracoroideo, con cirugía de catarata complicada (rotura de cápsula posterior, desinserción del saco) e implante secundario de una lente Carlevale en 3 de estos pacientes y, en el caso restante, una lente de 3 piezas subluxada. Estos pacientes desarrollaron un edema macular resistente, indicándose en 3 tratamiento con Ozurdex®, el cual migró hacia cámara anterior, procediendo a su extracción e indicándose el implante supracoroideo. En el último caso se indicó de forma directa. Al mes de la cirugía, el edema macular había desaparecido en 2 de los pacientes y mejorado significativamente en otro de ellos, manteniéndose estable en los 3 meses posteriores. El otro caso desarrolló un desprendimiento de retina por paso del implante al espacio subretiniano.

El implante supracoroideo de dexametasona puede ser una alternativa adecuada para ojos con pérdida de compartimentalización del segmento anterior y edema macular resistente al tratamiento tópico o periocular, con un efecto terapéutico similar a la administración intravítrea y una mayor biodisponibilidad del fármaco, así como una menor incidencia de aumento de la PIO, cambios en el cristalino y migración a la cámara anterior.

CPCC156

### **TRATAMIENTO DE AGUJERO MACULAR REFRACTARIO MEDIANTE IMPLANTE DE MEMBRANA AMNIÓTICA.**

Isabel Priego Merino, Rocío Mora Romero.

*Introducción:* Los agujeros maculares refractarios son aquellos que no se cierran tras realizar una vitrectomía pars plana (VPP) y pelado de membrana limitante interna (MLI). No existe un protocolo establecido para el manejo de estos casos.

*Casos clínicos:* Presentamos dos casos clínicos de pacientes intervenidos de agujero macular de más de 600 micras que no cierran tras ser sometidos a VPP 25g con pelado de MLI, gas intraocular SF6 20% y tratamiento postural boca abajo 8 horas al día durante 10 días aproximadamente. En ambos pacientes se realizó nueva VPP con implante de membrana amniótica (1'5 mm). Para un mejor manejo del implante, teñimos la membrana amniótica con azul brillante. Dado el comportamiento del tejido en cavidad vítrea, se requiere empleo de cirugía bimanual con luz de campo amplio (chandelier). Se realiza intercambio de líquido por aire con inyección de gas SF6 al 20%.

Tras 6 meses de seguimiento, los agujeros maculares han cerrado en ambos pacientes, y el implante de membrana amniótica aún se mantiene sobre el tejido retiniano. Se ha producido un buen resultado anatómico con discreta mejora en agudeza visual sin signos de rechazo o reacción inflamatoria en polo posterior. Esperamos que al terminar de reabsorberse el tejido implantado la agudeza visual se produzcan cambios favorables para la visión de nuestros pacientes.

*Conclusión:* La membrana amniótica, siendo una técnica asequible y gracias a sus diversas propiedades permite el cierre de los agujeros maculares recurrentes asociando una mejoría en la visión de estos pacientes.

CPCC157

### **CORIORRETINOPATÍA EXUDATIVA HEMORRÁGICA PERIFÉRICA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO FRENTE A LESIONES TUMORALES RETINIANAS.**

Mariluz Puertas Ruiz-Falcó, Alejandra Vázquez Solano.

*Introducción:* La coriorretinopatía exudativa hemorrágica periférica es una entidad poco frecuente que puede simular tumores intraoculares y otras causas de hemorragia vítrea.

*Caso clínico:* Varón caucásico de 90 años es derivado a Urgencias de Oftalmología por sospecha de melanoma coroideo en el ojo derecho (OD).

El paciente refiere pérdida de visión en el OD de varios meses de evolución.

Como antecedente destaca una degeneración macular asociada a la edad (DMAE) exudativa en ojo izquierdo (OI) tratada con inyecciones intravítreas.

En la funduscopia de ambos ojos (AO) ambos se objetiva la presencia de hemovítreo y drusas en polo posterior y periféricas, destaca la presencia de una lesión sobreelevada blanquecina en periferia superotemporal de 3 diámetros de papila en OD, y una lesión sobreelevada, similar a la del ojo adelfo, de 2 diámetros de papila en periferia inferotemporal en OI.

En la tomografía de coherencia óptica se observa una atrofia del epitelio pigmentario de la retina y drusas blandas confluentes en ambos ojos.

En la ecografía bidimensional se aprecian lesiones periféricas de contenido heterogéneo, sin excavación ni silencio posterior.

El cuadro clínico y las diferentes pruebas de imagen multimodal empleadas permitieron establecer el diagnóstico de una coriorretinopatía exudativa hemorrágica periférica bilateral.

Se inició tratamiento con inyecciones intravítreas de aflibercept en AO y revisiones mensuales que permitió observar mejoría de los hallazgos hemorrágicos y exudativos y leve mejora de la agudeza visual.

*Conclusión:* La coriorretinopatía exudativa hemorrágica periférica es una entidad asociada a la DMAE, cuya aparición suele darse alrededor de los 80 años, y las lesiones presentan predilección por el cuadrante temporal. Dado que puede simular clínicamente a los melanomas coroides. Una correcta identificación de estas lesiones es esencial para evitar errores diagnósticos y orientar adecuadamente el manejo terapéutico.

CPCC158

### AGRESIVA ENTRE LAS AGRESIVAS. UN CASO DE ENDOFTALMITIS POR ENTEROCOCO.

M.<sup>a</sup> de los Reyes Retamero Sánchez, María Camila Yane Gauffin.

*Introducción:* La endoftalmitis es una complicación poco frecuente pero grave tras cirugía intraocular, que puede causar pérdida visual irreversible si no se trata de forma rápida y adecuada.

*Caso Clínico:* Presentamos el caso de una paciente de 73 años intervenida de glaucoma en ojo derecho mediante implante XEN63 en febrero de 2023. En febrero de 2025 acude a urgencias por dolor ocular intenso, ojo rojo y pérdida visual brusca de 48 horas de evolución. Refiere tratamiento durante dos días con Tobramicina tópica por una conjuntivitis infecciosa. A la exploración, la agudeza visual era de no percepción de luz. En el segmento anterior se observó una ampolla filtrante quística e íntegra, edema corneal severo, hipopion que ocupaba un tercio de la cámara anterior y, en la ecografía modo B, vitritis intensa. Se indicó intervención quirúrgica urgente con lavado de cámara anterior y vitrectomía vía pars plana, realizándose toma de muestras de humor vítreo para microbiología, y explante del dispositivo XEN. Intraoperatoriamente se evidenciaron edema de papila, oclusión de la arteria central de la retina, vasculitis extensa y edema retiniano difuso. Se inició tratamiento antibiótico empírico con vancomicina y ceftazidima por vía intravenosa, colirios antibióticos reforzados, tratamiento corticoideo tópico y sistémico, así como colirio ciclopléjico. Los hemocultivos y el ecocardiograma transtorácico fueron negativos. En el cultivo de humor vítreo se aisló *Enterococcus faecalis*, sensible a amoxicilina. La paciente fue dada de alta sin recuperación visual. Actualmente se mantiene estable en las sucesivas revisiones en consulta.

*Conclusiones:* *Enterococcus faecalis* es un patógeno ocular extremadamente agresivo, capaz de causar endoftalmitis de rápida progresión y daño visual irreversible. La actuación precoz y el tratamiento intensivo son esenciales ante la sospecha clínica. Las cirugías oftalmológicas con implante, aunque habituales, no están exentas de riesgo infeccioso grave.

CPCC159

### **INFLAMACIÓN INTRAOCULAR NO INFECCIOSA CON VASCULITIS RETINIANA SECUNDARIA A AFLIBERCEPT INTRAVÍTREO (2 MG): REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.**

Alma San José Caballero, María Massaneda Tuneu.

*Introducción:* La inflamación intraocular no infecciosa es una complicación poco frecuente tras inyecciones intravítreas de anti-VEGF. Su presentación varía desde vitritis leve hasta vasculitis retiniana u oclusiones vasculares. Si bien esta reacción ha sido ampliamente descrita con brolocizumab, la aparición de vasculitis retiniana en el contexto de aflibercept intravítreo (2 mg) se ha reportado en muy pocos casos.

*Caso clínico:* Mujer de 27 años con membrana neovascular subretiniana secundaria a drusas del nervio óptico en ambos ojos, diagnosticada a los 16 años, con agudeza visual máxima de 0,5 en OD y 1,0 en OI. Requirió múltiples inyecciones de aflibercept 2 mg por recurrencia de fluido intrarretiniano. En control rutinario, se detecta disminución de visión (0,3) y reactivación de la membrana neovascular con fluido intrarretiniano en OD, por lo que se administra aflibercept 2 mg. Seis días después acude a urgencias por mayor pérdida visual; en la exploración se observa panuveítis con periflebitis.

Se inicia tratamiento con prednisolona tópica y oral, además de inyección transeptal de triamcinolona, con controles estrechos. La paciente evoluciona favorablemente con recuperación visual e involución del cuadro inflamatorio.

*Conclusión:* La inflamación intraocular no infecciosa asociada a anti-VEGF puede suponer una pérdida visual significativa. Aunque su fisiopatología no es completamente conocida, se han propuesto mecanismos como la hipersensibilidad tipo III o un efecto tóxico sobre el endotelio vascular. Es fundamental descartar un cuadro infeccioso, instaurar tratamiento precoz y mantener un seguimiento riguroso. El uso combinado de triamcinolona transeptal y corticoides tópicos ha demostrado ser eficaz en estos casos.

CPCC160

### **DESPRENDIMIENTO DE RETINA SEROSO ASOCIADO A UN TUMOR VASOPROLIFERATIVO RETINIANO (TVPR).**

José Luis Sánchez Vicente, Pedro Rodríguez Varillas.

*Introducción:* Los tumores vasoproliferativos retinianos (TVPR) son proliferaciones glóbulas vasculares retinianas poco frecuentes, con un grado muy variable de gliosis y proliferación vascular. Pueden ser secundarios a procesos inflamatorios, vasculares, traumáticos, congénitos, distróficos o degenerativos. Los TVPR primarios suelen ser lesiones solitarias localizadas en el cuadrante temporal inferior y anteriores al ecuador de la retina. En el fondo de ojo aparecen como lesiones de color amarillento, anaranjado o rojo con hemorragias y exudados intra o sub-retinianos. Entre las complicaciones asociadas se han descrito membranas epi-retinianas, hemorragias vítreas, edema macular, exudación retiniana, cambios pigmentarios y desprendimiento de retina (DR).

*Caso Clínico:* Mujer de 56 años remitida desde urgencias por DR próximo a mácula. En el cuadrante temporal inferior del ojo derecho se observó una lesión sobre elevada de color amarillo anaranjada asociada a hemorragias intra-retinianas, exudación circinada y DR seroso que no llegaba a afectar a la mácula. Inicialmente tratada con anti-VEGFs, crioterapia, fue necesario realizar una vitrectomía pars plana 25G (VPP), drenaje interno del líquido subretiniano y fotocoagulación con láser.

*Conclusión:* La paciente descrita presentaba un TVPR de gran tamaño y actividad. Se inició tratamiento conservador (anti-VEGFs), seguido de crioterapia. Ninguno de estos tratamientos mostró efectividad, por lo que se realizó VPP con drenaje del líquido subretiniano y fotocoagulación del tumor, consiguiendo la reaplicación retiniana. Sin embargo, durante este tiempo se produjo el desprendimiento de la mácula central. El tratamiento de los TVPR depende del grado de actividad y de las complicaciones asociadas. Aunque en casos de baja actividad, pequeño tamaño y ausencia de complicaciones, el tratamiento conservador puede ser suficiente, en casos de amenaza de la mácula, DR o hemorragia vítrea, pueden ser necesarios tratamientos más agresivos.

CPCC161

### **MENINGITIS HERPÉTICA Y DESPRENDIMIENTO DE RETINA POR NECROSIS RETINIANA AGUDA.**

Diana Santander García, José Antonio Amo Báscones.

*Introducción:* presentamos un caso clínico de retinitis aguda en paciente inmunodeprimido con evolución a necrosis retiniana aguda (NRA) y desprendimiento de retina (DR).

*Caso clínico:* Varón de 59 años que acude a urgencias por disminución de agudeza visual (AV) en ojo izquierdo (OI) de 15 días de evolución. Como antecedentes destacan: Tuberculosis latente, herpes genital activo y tratamiento con rituximab y prednisona oral por síndrome de Sjögren.

Presenta AV de 0,4 y uveítis anterior granulomatosa (UAG) bilateral. El fondo de ojo revela vitritis leve y hemorragias intraretinianas en polo posterior y 4 cuadrantes, con discreto envainamiento vascular periférico en OI y normal en ojo derecho.

Ante la sospecha de NRA se ingresa para estudio sistémico y tratamiento antiviral intravenoso. A las 48 horas se objetiva mayor estrechamiento vascular en retina periférica y lesiones blanquecinas de aspecto isquémico. Se realiza estudio microbiológico de humor acuoso (HA) y líquido cefalorraquídeo (LCR) y se administra una dosis de ganciclovir 20mg/ml intravítreo.

La sospecha clínica se confirma mediante reacción de la polimerasa en cadena en HA y LCR, resultando positiva para virus herpes simple 2. Se diagnostica de NRA y meningitis herpética.

Durante el ingreso la UAG remite y las lesiones retinianas permanecen estables. En el 9º día de ingreso el paciente sufre un descenso de AV y se objetiva un DR con afectación macular que se interviene a los 4 días de vitrectomía por pars plana, fotocerclaje 360º e inyección de aceite de silicona.

Tras 18 días de ingreso y la mejoría del cuadro sistémico el paciente es dado de alta con seguimiento ambulatorio, siendo la última AV de 0,2.

*Conclusión:* La NRA es un cuadro grave que requiere un alto grado de sospecha en su diagnóstico y cuyo pronóstico depende del tratamiento precoz. El DR se da en hasta el 70% de los casos y obliga a un manejo quirúrgico específico.

CPCC162

### HEMORRAGIA SUBHIALOIDEA EN PACIENTE JOVEN: MANEJO CON LÁSER ND: YAG.

Laura Sullá Cortés, José Belda Marquez.

*Introducción:* La hemorragia subhialoidea es una causa infrecuente de pérdida visual súbita, especialmente en pacientes jóvenes. Se ha asociado con maniobras de Valsalva, traumatismos y alteraciones hematológicas o vasculares. Su manejo varía desde la observación hasta intervenciones como la hialoidectomía con láser Nd:YAG o la vitrectomía, según la localización y magnitud del sangrado.

*Caso clínico:* Presentamos el caso de un varón de 26 años, sin antecedentes médicos relevantes salvo obesidad e hipertensión arterial, que acudió por pérdida súbita e indolora de visión en el ojo izquierdo (OS) de 24 horas de evolución. La agudeza visual era de 0,2. El segmento anterior no presentaba hallazgos patológicos, mientras que el fondo de ojo reveló una hemorragia subhialoidea densa localizada en la mácula. (Imagen 1) La tomografía de coherencia óptica (OCT) mostró un acúmulo de material hiperreflectivo de aspecto hemático en el espacio subhialoideo. (Imagen 2) Se realizó hialoidectomía posterior con láser Nd:YAG, aplicando dos disparos de 5 mJ mediante lente de Goldman de tres espejos a través del espejo central. Se observó la perforación de la membrana hialoidea y la dispersión de la sangre hacia el vítreo inferior. (Imagen 3) La evolución fue favorable, con reabsorción progresiva del sangrado y recuperación de la agudeza visual a 1,0 en dos semanas. El estudio sistémico no mostró hallazgos relevantes.

*Conclusiones:* La hemorragia subhialoidea puede comprometer gravemente la visión cuando afecta la mácula. En casos bien delimitados y con visualización adecuada, el láser Nd:YAG permite un abordaje eficaz, seguro y mínimamente invasivo, evitando la necesidad de vitrectomía.

CPCC163

**TRATAMIENTO INTRAVÍTREO EN EL EMBARAZO: UNA SERIE DE CASOS CLÍNICOS EN UN HOSPITAL DE COMPLEJIDAD INTERMEDIA Y REVISIÓN EN LA LITERATURA.**

Pablo Torrelo Navarro, Rosita Lucía Wakfieh Corieh.

El tratamiento de patología retiniana en el contexto del embarazo supone un desafío terapéutico. La dificultad radica en el riesgo iatrogénico y teratogénico relacionado con la medicación intravítrea (IIV) disponible y la limitada evidencia que existe.

Se presenta una serie de tres casos clínicos, retrospectiva, de pacientes embarazadas con patología retiniana diagnosticada durante la gestación que requirieron tratamiento IIV en un hospital de complejidad intermedia. A todas las pacientes se les informó sobre las posibilidades terapéuticas y los riesgos gestacionales de los tratamientos, obteniendo consentimiento tras acuerdo mutuo entre facultativo y paciente.

Los diagnósticos fueron membrana neovascular idiopática y edema macular diabético. Dos de ellas recibieron dexametasona IIV y una paciente anti-factor de crecimiento endotelial vascular IIV. Una de ellas desarrolló hipertensión ocular asociada a dexametasona IIV. Dos de las pacientes fueron sometidas a cesárea debido a complicaciones gestacionales, sin complicaciones puerperales en la madre y el neonato. No se pudo constatar el estado ocular posparto en dos pacientes por pérdida de seguimiento.

En la literatura más reciente se constata, pese a los escasos casos, que el tratamiento IIV no parece incrementar el riesgo de complicaciones en el embarazo, parto o neonato, así como mejoría de la enfermedad ocular.

El abordaje terapéutico de patología retiniana durante el embarazo requiere, además de la monitorización oftalmológica estrecha, de un enfoque multidisciplinar y ético consensuado con las pacientes.

CPCC164

### **RETINOPATÍA SOLAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Cecilia Valenzuela Vega, Carmen Gavilán Romero.

*Introducción:* Se denomina retinopatía solar al daño macular inducido por exposición directa y prolongada a la luz solar sin protección ocular adecuada, con frecuencia durante eclipses solares. La afectación es típicamente bilateral y suele presentarse con disminución de agudeza visual (AV), escotoma central, fotopsias y discromatopsia. En fase aguda, se observa una característica lesión foveal blanco-amarillenta en el fondo de ojo (FO), que posteriormente va adquiriendo una coloración rojiza. La Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) muestra un aumento inicial de la reflectividad foveolar, con hiporreflectividad y atrofia de fotorreceptores en las semanas posteriores.

*Caso clínico:* Presentamos el caso de una paciente, mujer, de 35 años, que acude al servicio de urgencias por cefalea, disminución de AV, escotoma central, fotopsias y discromatopsia tras una exposición solar prolongada 48 horas antes. Gracias a la anamnesis, exploración y pruebas complementarias con hallazgos típicos, se estableció el diagnóstico de retinopatía solar. Fue tratada con dexametasona y nepafenaco en colirio y seguida en la subunidad de Retina con pruebas complementarias periódicas. Finalmente, se produjo una atrofia del EPR foveal sin mejoría en AV ni CV al cabo de un mes.

*Conclusiones:* La retinopatía solar suele tener un curso autolimitado, aunque la recuperación de la función visual es parcial en la mayoría de los casos. La OCT es una herramienta clave para el diagnóstico y seguimiento, por su imagen característica y la relación existente entre el volumen de la lesión y la AV final del paciente. En la actualidad, no existe un tratamiento específico, por lo que tratamiento preventivo adquiere gran relevancia. Algunos estudios sugieren que los antioxidantes (luteína, zeaxantina, vitaminas A, C y E) podrían tener un papel protector. En el futuro, las terapias basadas en factores de crecimiento o células madre podrían abrir nuevas vías para la regeneración retiniana en casos persistentes.

CPCC165

### **RETINITIS GRANULAR POR CMV EN UN PACIENTE NO INMUNOCOMPROMETIDO.**

Marta Villanueva Ruiz, M<sup>a</sup> del Pilar Cantó San Miguel.

*Antecedentes:* La retinitis por CMV es la infección intraocular oportunista más frecuente que afecta a personas inmunodeprimidas, sobre todo con SIDA. Los pacientes con otras formas de inmunosupresión, como trasplantes y quimioterapia, pueden también desarrollarla. Se han reportado casos raros después de la inyección intravítrea o la implantación de corticosteroides de liberación sostenida, presumiblemente como resultado de un compromiso inmunológico ocular local. La afección retiniana conduce a la necrosis y a la pérdida visual irreversible. La forma granular o indolente, localizada más frecuentemente en la retina periférica, se caracteriza por poco o ausente edema retinal, hemorragias o envainamiento vascular con retinitis activa que progresa desde los bordes de la lesión. Suelen tener cantidades leves de inflamación de la cámara anterior y del vítreo.

*Caso clínico:* Presentamos el caso de un paciente de 80 años diabético insulinodependiente, en tratamiento con metotrexate 20 mg/ sc/ sem. por artritis reumatoide seronegativa de larga evolución en remisión y con retinopatía diabética no proliferativa en tratamiento con antiangiogénicos y con láser focal; que acude con pérdida visual de varios meses de evolución. A la exploración, la visión es de 0,3, la PIO se encuentra elevada, la biomicroscopia muestra inflamación en C.A y en vítreo; y en el fondo de ojo se muestra condensación y turbidez vítrea, RDNP, exudados blanquecinos, hemorragias difusas en los cuatro cuadrantes y vasos isquémicos. Se toma muestra de humor acuoso, siendo este positivo para CMV. Se decide pautar colirio de dexametasona e hipotensor; y se ingresa para estudio analítico, microbiológico, serológico y tratamiento sistémico e intravítreo con ganciclovir.

*Conclusiones:* Aunque afecta mayoritariamente a pacientes VIH positivas, en pequeño porcentaje puede afectar a personas inmunocompetentes como aquí se muestra. Remarcar la manifestación granular de la retinitis de nuestro caso clínico.

CPC166

### **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CATARATA 2025: ¡NUEVOS AVANCES!**

M<sup>a</sup> del Carmen Blanco Rivera, Iván Basanta Calderón

*Objetivo:* Presentar la actualización de la Guía de Práctica Clínica (GPC) de Catarata del Sistema Nacional de Salud (SNS) español publicada en el 2013. Se incluyen los nuevos avances desde entonces hasta la actualidad (2025).

*Método:* Se realiza una revisión bibliográfica de las últimas GPC de catarata internacionales y de las redes de bases de datos científicas (Cochrane) desde el 2020 hasta la actualidad, buscando evidencias científicas y nuevas técnicas y tratamientos relacionados con la cirugía de catarata.

*Resultados:* Se establecen un conjunto de recomendaciones (tipo A, B, C y de consenso de buena práctica clínica) basadas en los diferentes grados de evidencia reflejados en dichos estudios y guías. Se incluye, además, un nuevo protocolo sobre cirugía de catarata con anestesia localizada.

*Conclusiones:* Las GPC emiten recomendaciones flexibles basadas en evidencias científicas, pero no son de obligado cumplimiento. Facilitan la práctica clínica al favorecer el consenso y unificar los criterios clínicos ayudando al profesional en su actividad diaria y aportando seguridad jurídica. Son pocas las GPC que sean revisadas y evaluadas con rigor metodológico (Instrumento AGREE). La generalización de su uso en nuestra labor clínica diaria repercutiría en una mejor calidad asistencial a nuestros pacientes y en una mejor gestión.

CPC167

## SEGMENTACIÓN BIOMÉTRICA A GRAN ESCALA: ANÁLISIS DE 43.594 OJOS CON LOS MODELOS LAKE Y ALASKA

Francisco Javier Castro Alonso, Marta Jiménez García

*Propósito:* No existe consenso sobre cómo segmentar ojos con catarata al analizar el rendimiento de fórmulas de cálculo, lo que dificulta la comparación entre estudios y la personalización del cálculo. Nuestro objetivo fue desarrollar y aplicar dos clasificaciones biométricas objetivas y reproducibles -LAKE y ALASKA- para identificar fenotipos homogéneos y clínicamente relevantes que mejoren la estratificación de casos.

*Método:* Se analizaron 43.594 ojos con biometría preoperatoria (21.797 pacientes), y se desarrollaron dos clasificaciones: LAKE, basada en longitud axial (AL), profundidad de cámara anterior (ACD) y queratometría media (Km) y ALASKA (sustituye ACD por el segmento anterior, AS, suma de ACD+grosor del cristalino, LT). En ambos modelos, los ojos se agruparon en 27 subgrupos combinando tres niveles -Alto (H), Normal (N) y Bajo (L)- para cada parámetro, definidos según la media  $\pm$  desviación estándar. Se usaron modelos lineales mixtos para comparar variables clínicas entre subgrupos.

*Resultados:* Todos los subgrupos estuvieron representados. El más frecuente fue NNN (n = 18.297; 42%) y los menos prevalentes HLH (n = 5) y LHL (n = 1). El 8,3% de los ojos pertenecía a subgrupos poco frecuentes ( $\leq 1\%$  del total). Puntos de corte: AL <22,13 / 22,13-24,84 / >24,84 mm; ACD <2,64 / 2,64-3,43 / >3,43 mm; Km <42,50 / 42,50-45,60 / >45,60 D; AS <7,23 / 7,23-8,03 / >8,03 mm. Se hallaron diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) en edad, LT, LT/ACD, AS y blanco-blanco. Los ojos con ACD baja y LT alta eran más frecuentes en pacientes mayores, con LT/ACD elevada (hasta 2,09); los de ACD alta y LT baja eran más jóvenes, con LT/ACD hasta un 39% menor que NNN.

*Conclusiones:* Las clasificaciones LAKE y ALASKA permiten segmentar ojos con catarata de forma objetiva y reproducible en subgrupos homogéneos e interpretables, incluso en combinaciones biométricas poco prevalentes. Su implementación puede mejorar la precisión en el cálculo de LIO y aportar valor en investigación y práctica clínica.

CPC168

## COMPARATIVA DE FÓRMULAS DE CÁLCULO BIOMÉTRICO BASADAS EN INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Luis Emilio Pablo Julvez, Francisco Javier Castro Alonso

*Objetivo:* Comparar la precisión de seis fórmulas de cálculo biométrico basadas en Inteligencia Artificial (IA), utilizando parámetros biométricos obtenidos con el OCT-SA Anterior. Se evaluaron las fórmulas de Hill-RBF, Kane, Pearl-DGS, Hoffer QST, Karmona y Ladas Super Formula AI, analizando su rendimiento en la predicción refractiva.

*Métodos:* Se trata de un estudio retrospectivo en 206 ojos de 185 pacientes operados de cataratas, y fue llevado a cabo en la Unidad de Alta Resolución de Cirugía de Catarata Ambulatoria (ARCCA) en un hospital provincial de Zaragoza. Todos los ojos tenían una agudeza visual corregida  $\geq 0,8$  (Snellen) y se les implantó la LIO ZCB00. Se excluyeron pacientes con patología ocular concomitante, cirugía refractiva previa o implante de otro modelo de LIO. Se utilizaron ESCRS IOL Calculator y Karmona IOL power calculation para calcular el Error Predictivo (EP) de cada fórmula y se evaluaron diferentes parámetros estadísticos como la Desviación Estándar (DE) del EP, el Error Medio Absoluto (MAE), la Mediana del Error Absoluto (MedAE), el porcentaje de ojos en rangos de error, y el Índice de Rendimiento de la Fórmula (FPI).

*Resultados:* Se obtuvieron resultados similares entre las fórmulas, con diferencias mínimas en los valores obtenidos. La fórmula Hill-RBF presentó el mayor porcentaje de ojos con EP dentro de  $\pm 0,25D$  y  $\pm 0,50D$ , y obtuvo el mayor FPI (0,77). Ladas SF y Karmona también ofrecieron un buen rendimiento global con un FPI  $> 0,70$ . Pearl-DGS y Hoffer QST mostraron los FPI más bajos con 0,66 y 0,58, respectivamente.

*Conclusión:* Todas las fórmulas basadas en IA demostraron un rendimiento similar en la predicción de la potencia de la LIO, sin diferencias clínicamente significativas. La fórmula Hill-RBF destacó en algunos parámetros, y en el rendimiento global, pero deben realizarse estudios con un mayor tamaño muestral, en ojos con parámetros extremos, y en otras poblaciones con parámetros biométricos diferentes.

CPC169

## RESULTADOS VISUALES EN PACIENTES OPERADOS CON LENTE INTRAOCULAR MONOFOCAL PLUS

Marina Sastre-Ibáñez, Inmaculada Fernández Sotillo

*Propósito:* Evaluar los resultados visuales sin corrección en visión lejana, intermedia y cercana tras implante de la lente intraocular (LIO) TECNIS® EYHANCE™ DIB00 - MONOFOCAL PLUS (Johnson & Johnson Vision) en pacientes intervenidos de cirugía de cataratas. Se analiza además la relación entre el equivalente esférico postoperatorio y la agudeza visual intermedia.

*Método:* Estudio observacional retrospectivo realizado en el hospital. Se incluyeron pacientes operados de cataratas entre junio de 2022 y febrero de 2025 con implante de la LIO mencionada. Se recogieron datos preoperatorios (esfera, cilindro, queratometría y AV sin corrección). Se analizaron los resultados visuales postoperatorios en lejos, intermedia y cercana, así como los cambios refractivos. Se excluyeron ojos con astigmatismo  $>1,25$  D. Se evaluó la asociación entre el equivalente esférico postoperatorio y la AV intermedia mediante el coeficiente de correlación de Pearson (significación estadística:  $p < 0,05$ ).

*Resultados:* Se analizaron 113 ojos (edad media:  $61,9 \pm 9,7$  años). La AV sin corrección en lejos mejoró de  $0,29 \pm 0,20$  ( $n = 107$ ) a  $0,86 \pm 0,20$  ( $n = 113$ ). La AV intermedia sin corrección fue de  $0,80 \pm 0,21$  ( $n = 92$ ), y la cercana de  $0,58 \pm 0,24$  ( $n = 82$ ). La esfera media pasó de  $-0,60 \pm 4,31$  D a  $-0,00 \pm 0,47$  D, y el astigmatismo medio se redujo en  $0,47$  D. No se observó correlación significativa entre el equivalente esférico postoperatorio y la AV intermedia ( $r = -0,03$ ;  $p = 0,798$ ), pero sí una correlación negativa débil y significativa con la AV cercana ( $r = -0,27$ ;  $p = 0,023$ ).

*Conclusiones:* La LIO TECNIS® EYHANCE™ DIB00 - MONOFOCAL PLUS ofrece excelentes resultados visuales sin corrección en visión lejana e intermedia. La visión cercana mostró más variabilidad, con mejores resultados en pacientes con equivalente esférico más miópico. Es una opción eficaz para aumentar la independencia de corrección óptica tras cirugía de cataratas.

CPC170

### **EVALUACIÓN PREOPERATORIA DEL RIESGO DE ECTASIA EN CANDIDATOS A CIRUGÍA REFRACTIVA: COMPARATIVA SCORE VS. BELIN-AMBROSIO**

Ignacio Almorín Fernández-Vigo, José Ángel Fernández-Vigo López

*Propósito:* Estudiar las diferencias y concordancias entre los parámetros de los sistemas de screening de ectasia para candidatos a cirugía refractiva del Anterior, el SCORE (Screening Corneal Objective Risk of Ectasia) y del Pentacam, el BAD (Belín Ambrosio Enhanced Ectasia Display) así como evaluar su rendimiento en una población de candidatos a cirugía refractiva.

*Métodos:* Se evaluaron consecutivamente candidatos a cirugía refractiva. A todos se les realizó una exploración específica mediante tomógrafo de Scheimpflug (Pentacam) y tomógrafo de coherencia óptica (OCT) de segmento anterior (Anterior). Se evaluaron de manera cuantitativa diferencias (T-Student) y concordancias (coeficiente de correlación intraclase -CCI-) entre parámetros comparables de ambos dispositivos, así como las correlaciones (Pearson) de aquellos parámetros no comparables directamente (como los índices globales de ambos métodos). También se evaluó de manera cualitativa el rendimiento global de ambos métodos.

*Resultados:* Se estudiaron ambos ojos de 103 pacientes (62% mujeres). No se encontraron diferencias entre aparatos para los valores de elevación posterior (EleB) en el punto más fino ( $p = 0,185$ ), la keratometría máxima (Kmax) ( $p = 0,947$ ) y el grosor corneal más fino (thinnest) ( $p = 0,101$ ). Los CCI para la EleB, Kmax y Thinnest fueron de 0,904, 0,874 y 0,970, respectivamente. Los índices globales de detección de ectasia se correlacionaron de manera débil pero estadísticamente significativa ( $r = 0,386$ ,  $p = 0,035$ ). De manera cualitativa, el índice global del SCORE da más peso a irregularidades topográficas de cara anterior, mientras que el BAD a elevaciones de cara posterior y alteraciones paquimétricas.

*Conclusiones:* A pesar de compartir la evaluación de algunos parámetros, ambos métodos de screening no son comparables. La evaluación del SCORE da más peso a las alteraciones topográficas mientras que el BAD lo da las elevaciones de cara posterior y alteraciones paquimétricas.

CPC171

## MANIFESTACIONES OFTALMOLÓGICAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE DROGAS EN CONTEXTOS CHEMSEX: REVISIÓN NARRATIVA

José Enrique Muñoz de Escalona Rojas, Beatriz García Checa

*Propósitos:* Explorar y sintetizar la evidencia disponible sobre los efectos oftalmológicos asociados al consumo de drogas recreativas utilizadas en contextos de Chemsex, con especial atención a los mecanismos de acción y a las manifestaciones clínicas oftálmicas descritas.

*Métodos:* Se realizó una revisión narrativa de la literatura, consultando bases de datos biomédicas como PubMed, Scopus y Google Scholar. Se incluyeron artículos publicados en los últimos 15 años que abordaran el consumo de drogas de diseño o sustancias utilizadas en prácticas sexuales recreativas (Chemsex) y sus efectos oftalmológicos. Se analizaron mecanismos neurofarmacológicos generales y específicos a nivel ocular, así como efectos clínicos agudos y crónicos reportados en estudios clínicos, casos y series de casos.

*Resultados:* Las drogas más frecuentemente asociadas al fenómeno Chemsex incluyen GHB/GBL, metanfetamina, mefedrona, ketamina y poppers. Estas sustancias pueden inducir alteraciones visuales como midriasis, visión borrosa, diplopía, nistagmo, alucinaciones visuales y neuropatía óptica tóxica. En casos crónicos, se han descrito complicaciones como atrofia óptica, hipertensión ocular inducida por esteroides (en usuarios de ketamina) y retinopatía isquémica. Los mecanismos implicados incluyen toxicidad directa sobre la retina y nervio óptico, alteración de la perfusión ocular, disfunción mitocondrial y aumento del estrés oxidativo.

*Conclusiones:* El consumo de sustancias en contextos Chemsex puede tener repercusiones oftalmológicas significativas, tanto agudas como crónicas. La mayoría de estas manifestaciones son subestimadas o infradiagnosticadas, debido al estigma y a la falta de formación específica. Es necesario fomentar la colaboración entre oftalmólogos, psiquiatras y especialistas en adicciones para mejorar la detección, el diagnóstico precoz y la educación sanitaria de los usuarios en riesgo.

CPC172

### **ANÁLISIS TRIPLE BOTTOM LINE (TBL): IMPACTO ECONÓMICO, SOCIAL Y AMBIENTAL DE UN PROGRAMA DE TELEOFTALMOLOGÍA**

Javier Pascual Prieto, Cristina Nieto Gómez

*Propósito:* Evaluar el impacto económico, social y ambiental de un programa de teleoftalmología comparándolo con visitas presenciales.

*Método:* Estudio observacional retrospectivo de una serie de casos.

El programa de teleoftalmología cuenta con 17 retinógrafos no midriáticos (TRC-NW6, Topcon® Co., Tokio, Japón) en los Centros de Salud que se emplean para el despistaje o seguimiento de retinopatía diabética (RD), degeneración macular asociada a la edad (DMAE), hipertensión arterial o solicitud de retinografías por otras especialidades.

Se incluyeron variables demográficas, motivo de consulta, proporción de pacientes que precisaron derivación, costes indirectos (desplazamientos de los pacientes), huella de carbono (HC), gramos de NOx y gramos de PM10 y tiempo y pérdida de productividad derivados de los desplazamientos de los pacientes.

Se calcularon los costes, HC, tiempo y pérdida de productividad ahorrados cuando se comparaban las consultas de teleoftalmología realizadas en los Centros de Salud con visitas presenciales al hospital.

*Resultados:* Se incluyeron 1.011 consultas de teleoftalmología de las que 138 (13,65%) requirieron derivación presencial. El motivo de consulta más frecuente en el programa fue RD.

La media (y desviación estándar) por consulta de teleoftalmología de ahorro en cuanto a costes, HC, partículas de NOx, partículas PM10, tiempo y pérdida de productividad fue de 9,09€ (0,69), 17,23 KgCO2e (4,52), 15,47 gNOx (1,18), 1,75 gPM10 (0,13), 65,87 min (4,52) y 27,53€ (1,89) respectivamente.

*Conclusiones:* El programa de teleoftalmología reduce los costes indirectos, disminuye la HC y la emisión de partículas y reduce el impacto social cuando se compara con las visitas presenciales.

CPC173

### **EFFECTO REFRACTIVO, ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL DE TERAPIA INTRAVÍTREA HIPOTENSORA.**

Javier José Bermúdez Cervilla, Claudia Hernández-Barahona Monleón

*Propósito:* Analizar el cambio refractivo, estructural y funcional que ejercen varios tratamientos intravítreos hipotensores en ratas.

*Métodos:* Ratas Long-Evans con glaucoma (G) inducido por esclerosis de venas episclerales -eve- (n = 31) y tratadas con una inyección intravítrea (IV) de Brimonidina-vehiculizada en Laponita (G-eve-BRI-) (n = 60), vs. G inducido por inyección en cámara anterior de microesferas biodegradables cargadas de dexametasona y fibronectina -mdxf- (n = 45) y tratadas con doble IV neuroprotectora e hipotensora de Latanoprost (G-mdxf-LAT) (n = 20) y sanas (n = 17). Se midió la presión intraocular (PIO), la refracción en dioptrías (D), el espesor macular, de la capa de células ganglionares (CCG), de la capa de fibras nerviosas de la retina (CFNR) por tomografía de coherencia óptica (OCT) y, electroretinografía (ERG) hasta 24 semanas.

*Resultados:* Las cohortes tratadas presentaron menores PIOs: G-eve-BRI ( $23,26 \pm 4,82$  vs.  $23,66 \pm 5,45$  mmHg), G-mdxf-LAT ( $16,26 \pm 2,93$  vs.  $22,96 \pm 2,50$  mmHg;  $p < 0,05$ ) vs. sanas ( $18,27 \pm 4,09$  mmHg). Ambas cohortes G mostraron pérdida del poder dióptrico (-eve-:  $1,06 \pm 3,94$ D;  $p = 0,012$  y -mdxf-:  $3,29 \pm 2,87$ D;  $p = 0,023$ ) vs. sanas ( $10,87 \pm 6,87$ D). G-eve-BRI estabilizó la refracción ( $5,23 \pm 1,63$ D;  $p < 0,05$ ), pero G-mdxf-LAT tuvo mayor miopización ( $0,18 \pm 1,38$ D;  $p = 0,011$ ). G-eve-BRI preservó el espesor de la CCG ( $0,15 \pm 0,01$  vs.  $0,14 \pm 0,01$   $\mu$ m,  $p = 0,030$ ) y, G-mdxf-LAT aumentó el volumen macular ( $1,81$  vs.  $1,72$  mm<sup>3</sup>) y mostró el mayor espesor de CFNR ( $p < 0,05$ ). En el ERG, la onda b fue mayor en ambos grupos tratados: G-eve-BRI ( $73,56 \pm 40,42$  vs.  $44,68 \pm 28,20$   $\mu$ V), G-mdxf-LAT ( $39,52 \pm 23,65$  vs.  $28,15 \pm 16,53$   $\mu$ V) vs. sanas ( $27,38 \pm 12,04$   $\mu$ V)  $p < 0,001$ .

*Conclusiones:* Ambos tratamientos intravítreos hipotensores disminuyeron la PIO y mejoraron la estructura y funcionalidad neurorretiniana. Se observó un efecto estabilizador refractivo con la inyección única de brimonidina, y el efecto contrario con doble inyección de latanoprost. Las IV repetidas podrían modificar el estado refractivo ocular.

CPC174

### REPETIBILIDAD DE LA ANGIOGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN PACIENTES CON MIOPIA MAGNA Y GLAUCOMA O HIPERTENSIÓN OCULAR

Irene Cerdán Llach, Jose Carlos Escribano Villafruela

*Objetivo:* estudiar la reproducibilidad de los parámetros maculares y papilares medidos por angiografía por coherencia óptica (OCT-A) en pacientes con miopía magna (longitud axial mayor de 26mm) y diagnóstico de hipertensión ocular o glaucoma.

*Materiales y métodos:* estudio transversal con 49 ojos de 49 pacientes con las características previas. Se realizan en una misma visita dos mediciones consecutivas de OCT-A macular y papilar. El área de exploración utilizada fue de 6 × 6 mm para el análisis del plexo vascular superficial (SVP) en la mácula y de 4,5 × 4,5 mm para el plexo peripapilar. Para estudiar la repetibilidad de las mediciones se calculó el coeficiente de correlación intraclase (CCI) y el coeficiente de variación (CV) de cada par de exámenes.

*Resultados:* Se obtuvieron CCI entre moderados y buenos en prácticamente todos los parámetros estudiados, siendo todos los ICC > 0,80 excepto en el parámetro de perfusión en superior e inferior papilar, donde la correlación fue casi nula.

*Conclusión:* OCT-A es una prueba no invasiva con mediciones reproducibles en la mayoría de los parámetros. Sin embargo, los sectores superior e inferior del nervio óptico —críticos en la detección temprana del glaucoma— presentaron muy baja fiabilidad. Esto limita su uso aislado para seguimiento clínico en estas zonas, y resalta la necesidad de combinar múltiples herramientas diagnósticas para una valoración precisa del daño glaucomatoso en pacientes con miopía magna.

CPC175

### **ANÁLISIS COMPUTACIONAL DE LA EFICACIA NEUROPROTECTORA DE UNA FORMULACIÓN INTRAVÍTREA PARA EL GLAUCOMA.**

Claudia Hernández-Barahona Monleón, Javier José Bermúdez Cervilla

*Propósito:* Estudiar mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) los cambios neuroretinianos inducidos por una formulación intravítrea dirigida a tratar el glaucoma.

*Método:* Se evaluaron un total de 86 ratas Long Evans. A 43 ratas se les indujo glaucoma según el modelo de Microesferas (Ms) de ácido-láctico-co-glicólico (PLGA) cargadas con Dexametasona y Fibronectina, mediante inyección única en cámara anterior. A 20 de esas 43 ratas, se les trató mediante inyección intravítrea neuroprotectora e hipotensora de Ms de PLGA precargadas con Ketorolaco, Melatonina, Latanoprost y Vitamina E (KMLVE) a las 2 y 12 semanas. Y 43 ratas sanas. Se cuantificó el espesor neuroretiniano in vivo mediante OCT (Spectralis® Heidelberg) utilizando el protocolo «Retina» que evalúa 9 sectores retinianos centrados en nervio óptico. Se analizó por segmentación cada una de las capas de la retina y cada sector topográfico, hasta los 6 meses de seguimiento.

*Resultados:* La cohorte tratada mostró mayores espesores respecto a la cohorte glaucoma en el espesor completo de la retina, en el conjunto de las capas internas de la retina: la capa de células ganglionares (CCG), capa plexiforme interna (CPI), capa nuclear interna (CNI); pero también en la capa plexiforme externa (CPE) y capa nuclear externa ( $p < 0,05$ ). Respecto a la cohorte sana, en el espesor completo de la retina, en el conjunto de las capas internas de la retina: en la capa de fibras nerviosas de la retina, CCG, CPI y en la CPE ( $p < 0,05$ ). La cohorte tratada mostró su mayor cambio/efecto en la CPI y en los sectores superior y nasal.

*Conclusiones:* El estudio mediante OCT permitió identificar los cambios retinianos que ejerce la formulación KMLVE terapéutica para el glaucoma, mediante un estudio en profundidad por segmentación y sectorial. Este tratamiento parece ejercer, especialmente, su mayor efecto a nivel de la capa sináptica interna, y conservó el espesor de las capas internas de la retina, pero también de externas, hasta 6 meses.

CPC176

### IMPLICACIÓN DE LA MICROBIOTA EN GLAUCOMA

Laura Morales Fernández, Bruno Songel Sanchis

*Propósito:* Realizar un metanálisis revisando las publicaciones que existan hasta la fecha que determinen la asociación de la microbiota ocular e intestinal y el glaucoma. Y caracterizar la microbiota ocular e intestinal en pacientes con diferentes tipos de glaucoma. Metodología: Se realizaron un total de cinco búsquedas en el servidor de publicaciones médicas «PubMed» entre febrero y marzo de 2025, usando diferentes palabras clave; se obtuvieron 121 resultados, de los cuales 16 fueron seleccionados finalmente para el estudio utilizando la lista de verificación PRISMA 2020. Resultados: Existe una predisposición genética mendeliana en la predisposición y caracterización de la microbiota que puede influir en la aparición y desarrollo del glaucoma. En pacientes tratados con cloruro de benzalconio (BAK), se encontraron más bacterias Gram negativas y del grupo Alfa en la microbiota de la superficie ocular, así como un aumento en la síntesis de lipopolisacáridos. En otros pacientes con glaucoma, comparados con controles, la familia Oxalobacteraceae y el género Eggerthella manifestaron un efecto negativo, a diferencia de los géneros Bifidobacterium, Lachnospiraceae UCG010 y Ruminiclostridium, que mostraron un efecto positivo en el glaucoma. Streptococcus mitis se encontró aumentado en glaucoma primario de ángulo abierto (POAG); sin embargo, los niveles de Streptococcus salivarius, Salmonella enterica, Corynebacterium macginleyi y bovis fueron más altos en glaucoma por pseudoexfoliación (PEX). Se observó así mismo, una variabilidad de la microbiota en función del país analizado, edad y sexo.

*Conclusion:* Se ha observado que existen diferencias en la microbiota ocular e intestinal entre controles y pacientes con glaucoma, observándose una predisposición genética, en función del tipo de glaucoma analizado (PEX y POAG) y cambios secundarios en función del tratamiento tópico recibido (influencia del BAK).

CPC177

## NUEVA APLICACIÓN DE LA MEDICINA REGENERATIVA COMO TRATAMIENTO HIPOTENSOR OCULAR EN CASOS DE CONJUNTIVITIS CICATRIZANTE

Ignacio Rodríguez Uña, Susana del Olmo Aguado

*Propósito:* Evaluar la utilidad de terapias antifibróticas empleadas en enfermedades inflamatorias oculares como posible tratamiento hipotensor ocular.

*Método:* Fase I: se realizó un estudio clínico retrospectivo en pacientes con conjuntivitis cicatrizante (CC). Se midieron cambios de presión intraocular (PIO) tras el uso de plasma rico en factores de crecimiento (PRGF) tópico e inyectado subconjuntival para controlar la inflamación. Fase II: se desarrolló un modelo in vitro de fibrosis con cultivos primarios humanos procedentes de la malla trabecular (MT) de los restos oculares de donantes cadáver (autorización: CEImPA 2022.359). Las células de la MT fueron expuestas diariamente a una concentración de 5 ng/ml de TGF- $\beta$ 2 durante 10 días. Posteriormente, las células fueron fijadas con metanol a -20°C para su procesamiento con técnicas inmunocitoquímicas. Se estudiaron mediadores relacionados con la fibrosis: fibronectina, colágeno tipo I y  $\alpha$ -sma («alpha smooth muscle actin»).

*Resultados:* Fase I: se incluyeron 10 ojos de 6 pacientes: 50% con síndrome de Stevens-Johnson, y 50% con penfigoide. Edad media: 59,7  $\pm$  16,5 años. Tiempo de seguimiento: 23,1  $\pm$  6,7 meses. La PIO se redujo de 21,8  $\pm$  4,2 mmHg a 13,3  $\pm$  2,4 mmHg (p = 0,03), sin efectos adversos asociados al PRGF.

Fase II: el TGF- $\beta$ 2 indujo la activación de  $\alpha$ -sma en células de la MT, alterando la matriz extracelular. Consecuentemente, se observó un incremento de la actividad profibrótica, detectada por un aumento en la producción y deposición de fibronectina y colágeno tipo I.

*Conclusiones:* El PRGF, en sus formulaciones inyectable y tópica, redujo la PIO a medio plazo en pacientes con CC. Los modelos in vitro sugieren que los mediadores de la inflamación pueden inducir fibrosis en la MT. Tratamientos moduladores de la cicatrización, como el PRGF, pueden suponer una nueva alternativa terapéutica para el control de la PIO.

CPC178

## RESULTADOS DE LA CIRUGÍA DE ESCLERECTOMÍA PROFUNDA NO PERFORANTE A 2 AÑOS DE SEGUIMIENTO EN TÉRMINOS DE EFICACIA Y SEGURIDAD.

Paula Terrado Blanco, Asier Amenábar Alonso

*Propósito:* Definir la eficacia y seguridad a largo plazo de la esclerectomía profunda no perforante (EPNP), así como la tasa de complicaciones intra y postoperatorias.

*Método:* se ha realizado un estudio retrospectivo observacional de todas las cirugías de EPNP realizadas por un cirujano entre los años 2015 y 2020 en un hospital terciario.

*Resultados:* se han analizado un total de 262 ojos. La edad media de los pacientes estudiados fue de 76 años. La longitud axial media era de 24mm. Los tipos de glaucoma más frecuentes fueron: primario de ángulo abierto (48%), pigmentario (21%) y pseudoe-xfoliatiivo (19%). El 60% de los ojos eran fáquicos, y al 51% se les realizó cirugía (Cx) de faco-EPNP, siendo el 48% EPNP aisladas. La tasa de complicaciones intraoperatorias fue del 0% y del 3,4% en el postoperatorio. La presión intraocular (PIO) preoperatoria media era de 21,6 mmHg, la desviación media (DM) -10,87, índice de campo visual (VFI) 73% y capa de fibras nerviosas retinianas (CFNR) 67,31 micras. Al año tras la Cx la DM fue de -11,08, VFI 74% y CFNR 69,6 micras. La PIO tras 1 día de la Cx descendió a 12 mmHg, manteniéndose en 13 mmHg a los 24 meses. La media de principios activos se redujo de 2,57 (preoperatorio) a 0,48 a los 24 meses postCx. La agudeza visual (AV) preoperatoria media (0,2 logMAR) se mantuvo a los 24 meses tras la Cx. El 50,3% de los ojos precisaron goniopunción y el 5,2% un nuevo procedimiento hipotensor.

*Conclusiones:* La cirugía de EPNP es un procedimiento seguro y eficaz a largo plazo para la reducción de la PIO y la disminución de la necesidad de fármacos hipotensores tópicos, contribuyendo al mantenimiento de la CFNR, VFI y DM. Las goniopunciones representan un tratamiento adyuvante útil; sin embargo, su realización en el postoperatorio precoz puede incrementar la tasa de complicaciones.

CPC179

## ANÁLISIS LONGITUDINAL DEL CAMBIO EN LOS ESPESORES NEURORRETINIANOS EN PACIENTES CON COVID PERSISTENTE FRENTE A CONTROLES

Elena Gracia Martín, Naiara Artigas Murillo

*Propósito:* Evaluar el cambio en las capas de la retina en pacientes con COVID persistente (CP) frente a controles. Determinar si existe neurodegeneración en el CP y si ésta se correlaciona con la gravedad.

*Método:* Se incluyeron 94 sujetos con CP y 39 controles sin sintomatología persistente. Se evaluó agudeza visual, presión intraocular, tomografía de coherencia óptica (OCT9), escalas de catastrofización del dolor (PCSF) y de calidad de vida (EQ5D) y duración de síntomas. Se repitió el protocolo al año y dos años y se compararon los cambios entre CP y sanos. Se evaluó la correlación entre espesores, escalas y duración de síntomas.

*Resultados:* Los pacientes con CP mostraron adelgazamiento significativo en capas de fibras nerviosas de la retina (CFNR) y de células ganglionares (CCG) desde la exploración basal. Durante el estudio longitudinal, se observó una reducción significativamente superior en sujetos con CP en la fóvea tanto de la CCG [cambio de  $0,14 \pm 1,27 \mu\text{m}$  en controles vs.  $-1,25 \pm 3,17 \mu\text{m}$  en CP ( $p = 0,009$ )], como de membrana limitante interna (MLI) [cambio de  $0,21 \pm 1,18 \mu\text{m}$  en controles vs.  $-1,42 \pm 1,45 \mu\text{m}$  en CP ( $p < 0,001$ )] y en el sector temporal externo de CCG [cambio de  $-0,55 \pm 1,88 \mu\text{m}$  en controles vs.  $1,44 \pm 3,49 \mu\text{m}$  en CP ( $p = 0,006$ )]. Se objetivó un aumento significativo en los pacientes con CP en el sector temporal externo de la CNFR [cambio de  $0,55 \pm 1,88 \mu\text{m}$  en controles vs.  $1,44 \pm 3,49 \mu\text{m}$  en CP ( $p = 0,006$ )]. No se encontraron correlaciones importantes entre pérdida de espesores y severidad. La CCG y la MLI se postulan como predictores de daño axonal y de severidad.

*Conclusiones:* El CP causa atrofia de capas internas de la retina, y ésta progresa más que en controles en la zona foveal y en la temporal externa. La reducción del espesor de la CCG se relaciona con aumento de sintomatología, por lo que puede ser un predictor de severidad.

CPC180

## CONOCIMIENTO DE LAS COMPLICACIONES Y ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO DE LA MIOPIA EN PADRES DE NIÑOS MIOPE EN ESPAÑA

Noemi Guemes Villahoz, Teresa del Río Novo

*Propósito:* Evaluar la comprensión y percepción de la patología oftalmológica asociada a la miopía y de las alternativas de tratamiento para el control de la progresión de ésta, por parte de padres de niños miopes en España. Este conocimiento es clave para la adopción de intervenciones relacionadas tanto con el estilo de vida, como con el tratamiento y revisiones oftalmológicas.

*Métodos:* Encuesta realizada a padres de niños con miopía en España a través de la aplicación TOM, una plataforma online. La encuesta evaluó la comprensión y conocimiento de los padres acerca de las posibles complicaciones oculares asociadas a la miopía, su diagnóstico y las estrategias disponibles para disminuir la progresión de la miopía.

*Resultados:* 100 padres de niños miopes entre 3 y 18 años participaron a la encuesta. El 71% de los padres informaron ser conscientes de al menos una complicación a largo plazo relacionada con la miopía, siendo la catarata la más reconocida. Sin embargo, el 51% de los padres no estaban seguros o desconocían que la progresión de la miopía pudiera ralentizarse con tratamiento. En el 44% de los casos la miopía fue diagnosticada en niños asintomáticos con una visita rutinaria al especialista o a través de programas de detección (7%). Respecto a las dificultades para acceder a los servicios oftalmológicos, el mayor reto fue el tiempo de espera para las citas (37%).

*Conclusiones:* Aunque la mayoría de los padres son conscientes de las complicaciones oculares asociadas a la miopía, más de la mitad de los encuestados desconocían la posibilidad de instaurar tratamientos destinados a ralentizar su progresión. Finalmente, la mayoría de los niños estaban asintomáticos en el momento del diagnóstico lo que enfatiza la importancia de las revisiones oftalmológicas en la infancia.

CPC181

### **SÍNDROME DEL BEBÉ SACUDIDO, SIGNOS CLÍNICOS OFTALMOLÓGICOS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

Isabel Herbello Rodríguez, Luis Rodríguez Melián

*Objetivo:* Mediante revisión bibliográfica, estudiar el concepto, recuerdo histórico, signos clínicos oftalmológicos y diagnóstico diferencial del Síndrome del bebé sacudido (SBS). Analizar, además, el mecanismo de acción y signos clínicos oftalmológicos, y evaluar la precisión diagnóstica de los signos oculares, para distinguir este tipo del abuso de trauma accidental u otras patologías, teniendo en cuenta la gran responsabilidad e importancia de nuestros hallazgos por las implicaciones médico-legales que conllevan.

*Métodos:* Revisión bibliográfica en la base de datos Pubmed y MEDLINE de documentación científica.

*Discusión:* El síndrome del bebé sacudido (SBS) es una de las causas más frecuentes de muerte en víctimas de maltrato infantil, especialmente en menores de 1 año. La tríada clásica incluye hemorragia subdural, encefalopatía y hemorragias retinianas, que suelen ser bilaterales, difusas e involucrar todas las capas de la retina. Además, se pueden asociar manifestaciones como retinosquisis traumática o pliegues paramaculares. Dada su relevancia médico-legal, es crucial realizar un diagnóstico diferencial adecuado, considerando la anamnesis, pruebas de imagen y laboratorio, para excluir otras patologías asociadas con hemorragias retinianas.

*Conclusión:* El SBS constituye un problema de salud pública, en el que una rápida sospecha diagnóstica, multidisciplinar y basada en la evidencia científica, es clave para considerar a un paciente víctima de SBS. Debemos recordar, el papel fundamental que los oftalmólogos juegan en el diagnóstico de esta patología, ya que, si bien no existen signos aislados patognomónicos, el conjunto de signos oculares y sistémicos, en ausencia de otra enfermedad que lo justifique, nos permite realizar con confianza un diagnóstico de SBS.

CPC182

## TECNOLOGÍA D.I.M.S EN ADULTOS JÓVENES: CONSIDERACIONES CLAVE PARA UNA ADAPTACIÓN CLÍNICA EXITOSA

Francisco J. Muñoz Negrete, Elena Jarrín Hernández

*Propósito:* Evaluar la tolerancia y experiencia del uso de lentes con tecnología D.I.M.S. en adultos jóvenes. Aunque estas lentes han mostrado buena tolerancia en población pediátrica, existen indicios de mayor sensibilidad en adultos a efectos como el desenfoque periférico.

*Método:* Se analizó la adaptación de 22 estudiantes de Medicina miopes, que utilizaron lentes D.I.M.S durante cinco meses. Se valoraron tanto parámetros refractivos como la comodidad percibida y posibles causas de molestias. Los participantes calificaron la comodidad en una escala del 1 al 10. En los casos con puntuaciones bajas, se analizaron factores técnicos como centrado de lentes, tipo de montura y cumplimiento del periodo mínimo de adaptación.

*Resultados:* El 22,7 % de los estudiantes puntuó la comodidad por debajo de 3. En todos esos casos, se identificaron errores técnicos de adaptación: centrado incorrecto (>1 mm de desviación), monturas inadecuadas o interrupción prematura del uso. En contraste, más del 50 % puntuó la comodidad con un 8 o más, mostrando buena tolerancia cuando se respetaron las condiciones técnicas recomendadas. Esto coincide con estudios previos (Lu et al. 2022) que destacan la percepción de mayores síntomas subjetivos en adultos incluso en condiciones de buena visión.

*Conclusiones:* En adultos jóvenes, la adaptación a lentes D.I.M.S requiere una atención más precisa y personalizada que en niños. Es esencial realizar una toma exacta de centros, seleccionar monturas adecuadas y garantizar el cumplimiento del periodo mínimo de adaptación. Muchos casos de «intolerancia» no reflejan una verdadera incompatibilidad con la tecnología, sino una falsa inadaptación derivada de errores técnicos.

CPC183

## **NUEVO ALGORITMO PRÁCTICO PARA LA INTERPRETACIÓN DE PRUEBAS ELECTROFISIOLÓGICAS COMO APOYO DIAGNÓSTICO EN NIÑOS CON BAJA VISIÓN**

Nerea Ruiz Sánchez, Pedro Romero Aroca

*Introducción:* Las pruebas electrofisiológicas son esenciales para evaluar la función visual objetiva, pero su elección e interpretación suelen ser complejas para los oftalmólogos. En niños con ambliopía y exploración oftalmológica normal o poco informativa, estas pruebas pueden aportar datos clave para orientar el diagnóstico.

*Material y métodos:* Presentamos un algoritmo diagnóstico desarrollado conjuntamente por los servicios de Neurofisiología y Oftalmología, orientado a pacientes pediátricos. El protocolo se basa en tres pruebas principales: potenciales evocados visuales (VEP), electroretinograma patrón o multifocal, y electroretinograma de campo completo. Este algoritmo fue aplicado y validado en casos clínicos reales, ejemplificando su utilidad para orientar el diagnóstico diferencial en situaciones de ambliopía con escasas pistas clínicas iniciales.

*Resultados:* El algoritmo permite localizar la lesión en la vía visual y diferenciar entre patologías maculares, retinianas difusas o alteraciones corticales, optimizando la solicitud de estudios complementarios como genética o neuroimagen. A diferencia de otros protocolos que parten directamente de estudios específicos como el electroretinograma multifocal, nuestra propuesta comienza con una evaluación general (VEP) y avanza de forma progresiva y sistemática hacia pruebas más localizadas, facilitando una interpretación más eficiente y comprensible.

*Conclusiones:* Proponemos un protocolo práctico y novedoso para la interpretación de las pruebas electrofisiológicas en niños con ambliopía y exploración no concluyente, ofreciendo a los clínicos una herramienta útil para orientar el diagnóstico diferencial y optimizar el manejo.

CPC184

### **CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS EN PACIENTES MIOPEs MAGNOS CON ENDOTROPIA OPERADOS MEDIANTE TÉCNICA DE YOKOYAMA: SERIE DE CASOS**

Miriam Toribio Albarrán, José Alberto Reche Sainz

*Propósito:* La alta miopía puede asociarse con la aparición de estrabismo convergente debido a la dislocación del globo ocular. El objetivo de este estudio es analizar las características clínicas de los pacientes sometidos a la técnica de Yokoyama en nuestro centro, así como evaluar los resultados obtenidos tras su aplicación.

*Métodos:* Se realizó una revisión retrospectiva de los datos clínicos de 11 pacientes con miopía magna y endotropía, intervenidos mediante la técnica de Yokoyama en un hospital terciario en España. Se llevó a cabo un análisis estadístico de las variables recogidas.

*Resultados:* Se incluyeron 11 pacientes (edad media:  $58,36 \pm 11,11$  años; 81,8 % mujeres) con un equivalente esférico medio de  $-20,08 \pm 5,73$  dioptrías. El ángulo de desviación preoperatorio fue de  $40,45 \pm 13,50^\circ$ , reduciéndose a  $9,35 \pm 6,20^\circ$  en el postoperatorio. En todos los casos se observó una reducción significativa del ángulo de desviación tras la técnica de Yokoyama ( $p < 0,05$ ). En algunos pacientes fue necesario asociar procedimientos adicionales para lograr una corrección óptima, como la administración de toxina botulínica o la retroinserción de recto/s medio/s o, ya sea en el mismo acto quirúrgico (72,7 %) o durante el seguimiento (40,0 %).

*Conclusiones:* La técnica de Yokoyama demuestra ser eficaz en la reducción del ángulo de desviación en pacientes con endotropía asociada a miopía magna. Además, presenta la ventaja de evitar el uso de suturas esclerales, especialmente relevante en estos pacientes con esclera adelgazada. No obstante, en algunos casos puede ser necesario complementar el procedimiento con otras técnicas para alcanzar una corrección satisfactoria.

CPC185

## COLGAJOS EN HÉLICE EN LA RECONSTRUCCIÓN DE LOS DEFECTOS PALPEBRALES Y PERIOCULARES

Álvaro Bengoa González, M.<sup>a</sup> Dolores Lago Llinás

Los colgajos en hélice son colgajos en isla que rotan axialmente sobre un pedículo subcutáneo para alcanzar la zona receptora, similar a la hélice de un helicóptero. Se utilizan en cirugía reconstructiva en otras partes del cuerpo, pero rara vez se describen para la reconstrucción periocular. Presentamos una serie de colgajos en hélice para la reconstrucción de grandes defectos palpebrales o perioculares y sus resultados.

*Métodos:* Revisamos ocho pacientes sometidos a extirpación de un tumor palpebral o periocular y reconstrucción en un solo tiempo con un colgajo en hélice cuyo soporte vascular proviene de un pedículo de músculo orbicular, solo o en combinación con otros colgajos. Todos los casos fueron seguidos durante al menos 12 meses.

*Resultados:* Se reconstruyeron cinco defectos del área periocular o en párpado inferior mediante colgajos de hélice, incluyendo uno con un defecto cantal lateral (rango de tamaño de 20 × 10 mm a 32 × 27 mm), un defecto cantal medial (17 mm de diámetro) junto a un defecto en el párpado inferior, y un defecto completo del párpado superior (42 × 19 mm de diámetro). Los colgajos se obtuvieron del área nasolabial, temporal, la sien o la zona lateral de la mejilla. En dos pacientes se combinó con otros colgajos pediculados en isla y en otro, se utilizó un colgajo de periostio para reconstruir la lámina posterior. Como complicaciones se observó un caso con una leve «apariencia de trampilla» que se resolvió con el tiempo, y una necrosis parcial de un colgajo que no requirió revisión quirúrgica.

*Conclusiones:* La reconstrucción de grandes defectos palpebrales es un desafío, especialmente cuando hay poca piel local disponible. Los colgajos de hélice gracias a la rotación sobre su pedículo muscular subcutáneo permiten el reclutamiento de colgajos de piel grandes y móviles de un área extensa de tejido regional, lo que permite cubrir un defecto grande a una distancia mayor que con otros colgajos pediculados en isla.

CPC186

### ¿DEBERÍA UTILIZARSE EL TÉRMINO «THYROID EYE DISEASE» O «GRAVES ORBITOPATHY»?

Sergio Inat Moreno, Begoña López Pérez

*Introducción y Objetivos:* El término «Thyroid Eye Disease» - «Enfermedad Ocular Tiroidea» ha incrementado su popularidad en la última década, especialmente en las publicaciones oftalmológicas. Si realizamos una búsqueda en Pubmed utilizando este término y filtrando por título, encontramos un total de 765 resultados desde el año 2010 hasta la fecha actual, siendo el más utilizado en la literatura anglosajona actualmente. El objetivo de este trabajo será justificar por qué consideramos que el término «Orbitopatía de Graves»(OG) u «Orbitopatía Tiroidea» (OT) se ajusta mejor a la patología en cuestión pues, como describiremos, no se afecta el globo ocular en sí, sino el contenido orbitario.

*Material y métodos:* Estudio descriptivo (serie de casos) en el que se presentan 3 pacientes con cavidad anoftálmica unilateral que desarrollaron orbitopatía tiroidea de forma bilateral. En todos ellos se objetivó engrosamiento de la musculatura extraocular en pruebas de imagen, quemosis, hiperemia conjuntival, eritema y edema palpebral en ambas órbitas aún sin presencia de globo ocular.

*Discusión:* La OT se debe a un trastorno autoinmune en el que el fibroblasto orbitario es la principal célula implicada, produciéndose un aumento del volumen de los músculos extraoculares, de la grasa y del tejido conectivo orbitario. Por ello, como hemos descrito en nuestra serie de casos, aún sin globo ocular los pacientes pueden desarrollar signos de OT, puesto que se trata de una patología que afecta al contenido orbitario.

*Conclusiones:* El término «Thyroid Eye Disease» es el que más se recoge en la literatura desde 2010 hasta la fecha actual; sin embargo, como hemos descrito, los procesos patológicos ocurren en las estructuras orbitarias anexiales y no en el propio globo ocular. Así, proponemos el uso de forma estandarizada del término «OT» u «OG», pues son los que más se correlacionan con la fisiopatología de la enfermedad.

CPC187

### **CARACTERIZACIÓN OCULAR E INMUNOLÓGICA EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA TRATADOS CON DUPILUMAB**

Carmen Alba Linero, Victoria Segura Fernández de las Nogueras

*Antecedentes:* Dupilumab (Dupixent®) es un anticuerpo monoclonal anti IL-4 e IL-13 utilizado en el tratamiento de enfermedades inflamatorias tales como la dermatitis atópica (DA). A pesar de su efectividad, ha sido relacionado tanto en ensayos clínicos como en práctica clínica real con toxicidad de la superficie ocular.

*Objetivos:* el principal propósito es definir las características clínicas e inmunológicas de pacientes con AD tratados con Dupilumab. Permitiendo detectar los factores que favorecen en ellos la aparición de daños en la superficie ocular.

*Material y métodos:* Estudio de cohortes prospectivo realizado sumando un total de 85 pacientes, divididos en los diferentes grupos: DA y asma tratados con Dupilumab, DA tratada con ciclosporina, terapia tópica, inhibidores de la Janus quinasa o tralokinumab. A todos los pacientes se les realizó exploración clínica, cuestionarios dermatológicos y oftalmológicos, así como citología de impresión conjuntival y análisis de biomarcadores inflamatorios en lágrima.

*Resultados:* El 43% de sujetos con DA tratados con dupilumab padecieron daños en la superficie ocular. La mayoría tenían previamente alergias o sensibilizaciones variadas. La expresión génica no mostró diferencias significativas entre los diversos grupos, pero sí que ciertos biomarcadores inflamatorios se elevaron en los pacientes con DA y Dupilumab (IL-8, CCLX-9, IL-18, CASP-8, HO-1, GZMA).

*Conclusiones:* Se han reportado daños oculares motivados por el uso de Dupilumab en DA y ciertos biomarcadores en superficie ocular relacionados al respecto.

CPC188

### REPETIBILIDAD DE MEDIDAS DE MENISCO LAGRIMAL CON OCT CIRRUS-5000 Y CONCORDANCIA CON OCT SPECTRALIS

Pedro Arriola Villalobos, José Ignacio Fernández-Vigo Escribano

*Objetivos:* Evaluar la repetibilidad intraobservador y la reproducibilidad interobservador e intersesión de la medida de altura del menisco lagrimal inferior (AMLI) obtenida utilizando el tomógrafo de coherencia óptica (OCT) Cirrus-5000, así como evaluar la concordancia de esas medidas con las de OCT Spectralis.

*Métodos:* Estudio observacional transversal. Se tomaron imágenes con ambos dispositivos de forma aleatoria de un ojo de 34 sujetos sanos. Posteriormente, dos examinadores realizaron las medidas del AMLI en ambos equipos. Para evaluar la repetibilidad intraobservador y la reproducibilidad interobservador e intersesión, se calcularon la desviación estándar (Sw) intrasujeto, la repetibilidad test-retest, los coeficientes de variación (CoV) y los coeficientes de correlación intraclase (CCI). También se determinó la concordancia entre ambos dispositivos mediante gráficos de Bland-Altman.

*Resultados:* La media del AMLI para Cirrus-5000 y Spectralis fue de 259,281,5 micras y 274,9159,2 micras, respectivamente. Para el OCT Cirrus-5000, el CoV intraobservador, el CoV interobservador y el CoV intersesión fueron >19,3%, <10,7% y <12,9% respectivamente. Los CCI para estos parámetros fueron del 47%, 93% y 86%, respectivamente. El análisis de Bland-Altman indicó una escasa concordancia entre ambos OCT y la correlación entre ellos fue baja (CCI 0,44).

*Conclusiones:* Las mediciones de AMLI con OCT Cirrus-5000 mostraron una muy buena repetibilidad interobservador e intersesión junto con una aceptable reproducibilidad intraobservador. La concordancia entre los dispositivos fue baja.

CPC189

### **EL PAPEL DE LA CINTA CONJUNTIVAL VERTICAL EN EL ABORDAJE DE LA QUERATOPATÍA NEUROTRÓFICA.**

Oier Eguiluz Amorrortu, Yolanda Gallego Pinilla

El objetivo del estudio es analizar y documentar mediante imágenes los resultados en pacientes enfermos de queratopatía neurotrófica a raíz de lagofthalmos paralítico tratados quirúrgicamente mediante cintas conjuntivales verticales. Se realiza un estudio de cohortes observacional compuesto por los pacientes del hospital tratados mediante la técnica quirúrgica de cinta conjuntival vertical de los últimos 5 años. Primeramente, se analizan las siguientes variables demográficas y clínicas: sexo, lateralidad, diagnóstico causal principal, edad de intervención y tratamiento/intervenciones recibidas. Secundariamente se expone la documentación gráfica de la intervención quirúrgica y se analizan las imágenes documentadas de segmento anterior y OCT durante las visitas de control posteriores. Se obtienen resultados en un periodo de 5 años hasta el año 2025. Se obtiene una muestra de 6 pacientes. En todos los casos el diagnóstico causal fue la parálisis facial en contexto de la cirugía de neurinoma del acústico. 2 de las pacientes ya habían sido intervenidas de alguna otra cirugía correctora. La totalidad de las pacientes habían recibido tratamiento médico tópico y/o oral intensivo. Se detectan cambios en el grosor estromal entre la visita preoperatoria y el resto de las visitas postoperatorias. Observamos un aumento significativo en el confort clínico de todas las pacientes en la visita a la semana y durante los controles sucesivos. El tiempo medio de cierre es de 6,5 días. En abordaje de la queratopatía neuropática es un reto en la labor clínica del oftalmólogo, tanto, que puede suponer el riesgo real de la pérdida del ojo de un paciente si los defectos corneales se descompensan. En la gran mayoría de los casos los pacientes requieren tratamiento tópico y/o oral intensivo y sucesivas visitas al hospital. La cinta conjuntival vertical, se propone como una intervención relativamente asequible para el control de este tipo de entidad.

CPC190

## EVALUACIÓN CLÍNICA DE UN COLIRIO CON AH, PEA Y DHA EN PACIENTES CON GLAUCOMA Y MOLESTIAS EN LA SUPERFICIE OCULAR EN PRÁCTICA REAL

María Gessa Sorroche, Álvaro Vidal Huerta

*Propósito:* Evaluar la eficacia clínica de una lagrima artificial con ácido hialurónico (AH) (0,15%), palmitoiletanolamida (PEA) (0,01%) y omega 3 (DHA) (0,01%) (Lubristil+G) en pacientes con glaucoma y molestias en la superficie ocular, en la práctica clínica real. Análisis de síntomas subjetivos y parámetros clínicos objetivos tras 30 días.

*Método:* Revisión retrospectiva de los datos de 22 pacientes adultos (67,1 años de media) con glaucoma y alteraciones de la superficie ocular tratados con las lágrimas artificiales de AH+EPA+DHA tres veces/día durante un mes. Se compararon las medidas clínicas recogidas antes (V0) y después (V1) del tratamiento en cuatro variables: OSDI, escala de dolor ocular, TBUT y test de Schirmer. Se registraron antecedentes para posteriores análisis por subgrupos (uso previo de lágrimas artificiales, tratamiento con colirios hipotensores, uso de lentes de contacto, lesión y/o cirugía ocular previa, y uso intensivo de pantallas).

*Resultados:* Se observaron mejoras significativas en todas las variables clínicas evaluadas. El índice OSDI se redujo un 54% (de 41,2 a 18,9 puntos), el dolor ocular disminuyó un 58,7% (de 7,05 a 2,91), el TBUT aumentó un 54,7% (de 6,3 a 9,8 segundos) y el test de Schirmer mejoró un 23,2% (de 10,0 a 12,3 mm). Todas las diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ).

*Conclusiones:* El uso de una lágrima artificial con AH (0,15%)+PEA (0,01%) +DHA (0,01%) tres veces al día durante un mes mostró una mejora clínica significativa tanto en los síntomas subjetivos como en los parámetros objetivos del ojo seco, en una población heterogénea de pacientes. La magnitud del cambio observado, especialmente en el dolor y la estabilidad lagrimal, sugiere que la combinación de AH con PEA y DHA podría ofrecer beneficios terapéuticos adicionales frente a tratamientos lubricantes convencionales.

CPC191

### **CUANDO LA INFLAMACIÓN SISTÉMICA ALCANZA LA SUPERFICIE OCULAR: EVIDENCIA EN FIBROSIS QUÍSTICA**

Patricia Gutiérrez Castaño, Laura Jiménez Siles

La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad genética multisistémica cuya fisiopatología está marcada por una inflamación crónica sistémica desde fases precoces. Aunque su afectación oftalmológica ha sido escasamente explorada, se ha propuesto que la disfunción del gen CFTR también compromete la homeostasis lagrimal, facilitando la aparición de enfermedad de ojo seco (EOS). Este estudio transversal evaluó la asociación entre inflamación sistémica y EOS en pacientes con FQ.

Se incluyeron 45 pacientes con FQ y 98 controles sanos, a quienes se realizó una exploración oftalmológica completa (incluyendo T-BUT, Schirmer I, OSDI, tinción corneal y test InflammDry™) y análisis de marcadores inflamatorios en sangre (PCR, eosinófilos, neutrófilos, fibrinógeno). El 55,6 % de los pacientes con FQ presentó un T-BUT <10 s frente al 25,5 % de controles ( $p = 0,001$ ). El test InflammDry™ fue positivo en el 60 % de los casos. La eosinofilia periférica fue elevada en el 75 % de la muestra y se asoció significativamente con menor T-BUT ( $r = -0,338$ ;  $p = 0,023$ ). Un análisis multivariante confirmó la relación entre inflamación sistémica y disfunción de la película lagrimal ( $p = 0,028$ ).

A pesar de la alta prevalencia de signos objetivos, los pacientes con FQ presentaron baja sintomatología subjetiva (OSDI promedio 7,6). Estos hallazgos sugieren que la EOS podría representar una manifestación subclínica de la inflamación sistémica propia de la FQ. El cribado oftalmológico periódico podría contribuir a la detección precoz y al manejo personalizado de la EOS en este grupo, con posibles implicaciones terapéuticas mediante el control de la inflamación sistémica.

CPC192

### **EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL COLIRIO DE DESONIDA AL 0,025% PARA EL TRATAMIENTO DE SÍNTOMAS DE SUPERFICIE OCULAR EN PACIENTES CON GLAUCOMA.**

Álvaro Ponce de León Miguel, Haizea Etxabe Ávila

*Propósito:* Estudiar la efectividad y seguridad del colirio de fosfato sódico de desonida al 0,025% y goma xantana al 0,2% para el tratamiento de síntomas de superficie ocular en pacientes con glaucoma.

*Método:* Ensayo antes-después sobre 32 ojos de 16 pacientes con síntomas de ojo seco reclutados en una consulta monográfica de glaucoma de un hospital terciario. En la consulta basal se realizó una cuantificación de la sintomatología de superficie mediante el cuestionario Ocular Surface Disease Index (OSDI), un control de presión intraocular (PIO) y se objetivó el enrojecimiento ocular y el tiempo de ruptura lagrimal no invasivo (NIK BUT) en Keratograph 5M (K5M). Se pautó un tratamiento con el colirio a estudio con una posología cada 8 horas durante 2 semanas y cada 12 horas durante otras dos semanas. Se realizó una segunda visita a las 4 semanas, repitiendo las mismas exploraciones que en la visita basal.

*Resultados:* 26 ojos completaron el protocolo de estudio. El OSDI presentó una mejoría significativa con una reducción media de  $-23,33 \pm 16,16$  puntos ( $p < 0,001$ ). También se encontró una mejoría significativa del enrojecimiento conjuntival en todos los cuadrantes, pasando de un enrojecimiento bulbar medio de  $1,77 \pm 0,54$  a  $1,37 \pm 0,47$  a las 4 semanas ( $p < 0,001$ ). El tiempo de ruptura lagrimal mejoró, aunque no de forma significativa. Finalmente, respecto a la PIO no se observó un aumento de la misma ( $p = 0,372$ ). Ningún paciente presentó criterios de respuesta hipertensiva a los corticoides.

*Conclusiones:* El tratamiento con desonida 0,025% combinado con goma xantana al 0,2% reduce los síntomas de superficie ocular y enrojecimiento bulbar sin elevar la presión intraocular, por lo que parece ser una opción terapéutica efectiva y segura en pacientes con glaucoma.

CPC193

### **EVALUACIÓN PROSPECTIVA DEL LÁSER «REDTOUCH» EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DEL OJO SECO SECUNDARIA A LA DISFUNCIÓN DE LAS GLÁNDULAS DE MEIBOMIO**

José Salgado-Borges, Carlos Vérges

*Objetivo:* Validar la eficacia del láser RedTouch, un nuevo sistema láser de 675 nm en el tratamiento de la enfermedad del ojo seco (DED) secundaria a la disfunción de las glándulas de Meibomio (MGD), comparando el tratamiento periocular generalizado frente al dirigido directamente a las glándulas de Meibomio.

*Métodos:* 70 pacientes con DED-MGD leve y moderada recibieron 4 sesiones de tratamiento láser separadas por 3 semanas, con evaluaciones antes del tratamiento, T0, al final, T1, y a los 2 meses de la última sesión. Los pacientes se dividieron aleatoriamente en 2 grupos (G1 y G2) de 35 pacientes cada uno para probar diferentes protocolos de láser RedTouch. Se trataron en G1, los párpados y el área periocular y en G2 con el mismo tratamiento que en G1, pero combinado con una pieza de mano libre en forma de lápiz en la conjuntiva tarsal de los párpados superior e inferior, así como en el margen de ambos párpados.

*Resultados:* Los resultados mejoraron significativamente los síntomas y signos de ambos grupos, incluyendo OSDI, CFS, NITMH, NITBUT, Osmolarity y Test de Schirmer1. Sin embargo, G2, que recibió el tratamiento adicional dirigido a las glándulas de Meibomio, mostró resultados superiores en todos los parámetros (G1 frente a G2,  $p < 0,001$ ), incluidos los signos de las glándulas de Meibomio y el margen del párpado (G1 frente a G2,  $p < 0,001$ ).

*Conclusión:* El láser RedTouch es un tratamiento eficaz en pacientes con DED relacionado con MGD, mejorando los signos y síntomas. Los resultados son significativamente mejores cuando el láser RedTouch se aplica directamente en el borde del párpado y la conjuntiva tarsiana, dirigiéndose más específicamente a las glándulas de Meibomio. No se observaron complicaciones.

CPC194

## UTILIDAD DE LOS CHATBOTS DE IA EN LA FORMACIÓN CLÍNICA DE RESIDENTES Y JÓVENES RETINÓLOGOS.

Carlos Campo Beamud, Helena Estero Serrano de la Cruz

*Introducción:* La inteligencia artificial (IA) está emergiendo como una herramienta prometedora en la formación oftalmológica. Este estudio evaluó la utilidad de los chatbots ChatGPT-4 y Google Gemini en dos áreas clave para la educación de residentes y jóvenes retinólogos: la resolución de casos clínicos complejos y la planificación quirúrgica en desprendimiento de retina regmatógeno (DRR).

*Métodos:* Se analizaron dos escenarios formativos. Primero, se seleccionaron 52 preguntas tipo test de retina y 14 de uveítis, con cinco afirmaciones cada una (330 ítems), siguiendo el formato del examen del European Board of Ophthalmology (EBO). Los modelos GPT-4o, GPT-4.5 y Gemini respondieron a estos ítems y se calculó el porcentaje de aciertos. Segundo, se evaluó la capacidad de los chatbots para planificar el tratamiento quirúrgico en 30 casos reales de DRR. Las decisiones se compararon con las de retinólogos expertos y se valoraron mediante la escala Likert Global Quality Score (GQS) puntuando del 1-5.

*Resultados:* El rendimiento fue excelente en los casos clínicos de retina: ChatGPT-4o (91,94%), GPT-4.5 (94,84%) y Gemini (90,32%). En uveítis, el rendimiento disminuyó: GPT-4o (75%), GPT-4.5 (80%) y Gemini (70%), mostrando dificultades especialmente en enfermedades sistémicas como Behçet o Vogt-Koyanagi-Harada. En la planificación quirúrgica, los tres modelos mostraron alta concordancia con los expertos (GQS: GPT-4o = 4,52; GPT-4.5 = 4,58; Gemini = 4,41). Ningún modelo logró predecir con éxito los redespndimientos a seis meses ( $AUC < 0,5$ ).

*Conclusión:* Los chatbots evaluados mostraron alta precisión en retina médica y buena capacidad de apoyo en la planificación quirúrgica. No obstante, sus limitaciones en uveítis evidencian la necesidad de entrenamiento más específico. Su uso podría representar un recurso complementario valioso en la formación clínica de residentes y retinólogos en etapas iniciales.

CPC195

## NUEVOS SIGNOS DE OCT EN PATOLOGÍA DE RETINA: REVISIÓN A PROPÓSITO DE CASOS CLÍNICOS

José Ignacio Fernández-Vigo Escribano, Alicia Valverde-Megías

*Objetivo:* Presentar los nuevos biomarcadores de retina en tomografía de coherencia óptica (OCT) descritos recientemente en la literatura, resaltando su relevancia clínica.

*Métodos:* Revisión de la literatura científica para identificar nuevos signos en OCT. ofreciéndose ejemplos clínicos representativos y resaltando su importancia clínica.

*Resultados:* Se identificaron múltiples signos de OCT, clasificados en diferentes grupos: 1) Interfase vítreo-macular: agujero lamelar traccional, agujero lamelar degenerativo, signo de la bola de algodón y signo de la fisura foveal. 2) Degeneración macular asociada a la edad: tubulación de retina externa, desprendimiento epitelial multilaminar, hendidura precoroidea, depósitos laminares basales, signo de la cebolla y signo del caracol. 3) Patología uveítica: desprendimiento de la capa bacilar, signo placóide sifilítico y signo del tridente. 4) Espectro paquicoroideo: desprendimiento denudado del epitelio pigmentario (EPR), doble hiporreflectividad subEPR en neovascularización aneurismática, lucencia hiporreflectiva, microdesgarro del EPR, signo de la fuente. 5) Vasculopatías retinianas: signo de collar de perlas, engrosamiento retiniano difuso, desorganización de capas internas, microquistes en la capa nuclear interna, puntos hiperreflectivos, maculopatía paracentral aguda y neuroretinopatía macular aguda.

*Conclusiones:* Este trabajo describe nuevos signos en OCT relevantes en patología retiniana. Su identificación mejora la precisión diagnóstica y permite una mejor orientación pronóstica y terapéutica en la práctica clínica de las entidades clínicas asociadas.

CPC196

## ESTUDIO NACIONAL DEL MANEJO DE LA CORIORRETINOPATÍA SEROSA CENTRAL.

Jaime Lorenzo-Castro, Antonio Domingo Alarcón-García

*Objetivos:* Evaluar la percepción y manejo de la Coriorretinopatía Serosa Central (CSC) en nuestro país mediante una encuesta realizada a retinólogos.

*Métodos:* Se realizó una encuesta en línea que completaron 112 oftalmólogos, con una edad media de 46 años (26-72), siendo 54,5% hombres, con una experiencia promedio de 17,5 años post-residencia.

*Resultados:* El 80% la consideran una entidad en crecimiento en los últimos años. El 75% cree que la CSC aguda tiende a la autorresolución, aunque el 53% señaló una tasa de recidivas de entre el 25-50%. Además, el 63% estimó una tasa de cronificación inferior al 25%, aunque, en caso de cronificarse, el 77% opina que es poco probable que se resuelva sin intervención.

En cuanto a técnicas diagnósticas, además de la OCT, la angiografía por OCT fue la más empleada (72%), seguida de la autofluorescencia (65%). Los estudios sistémicos son planteados por el 62% en casos de bilateralidad o multifocalidad, siendo el nivel de cortisol el más utilizado, frente a un 30% que nunca los plantea.

En la CSC aguda, la observación fue la opción de primera línea, mientras que en la CSC crónica se prefirió la TFD, excepto por la fotocoagulación y los anti-VEGF que fueron preferidos para puntos de fuga extrafoveales y MNV respectivamente.

El 56% coincidió en que la CSC crónica puede causar discapacidad visual grave o un impacto en la calidad de vida, incluso en ausencia de pérdida de AV. Aunque el 80% considera que los tratamientos actuales son efectivos para reducir el FSR, existe consenso en que la mejoría en la agudeza visual es limitada.

*Conclusiones:* Esta encuesta muestra que la CSC es percibida como una enfermedad en auge, con una alta tasa de recurrencia y potencial de cronificación. Aunque los tratamientos son ampliamente utilizados, existe preocupación sobre sus efectos secundarios y la limitada mejoría en AV. Además, resalta la diversidad en las prácticas clínicas y una falta de directrices estandarizadas respaldadas por evidencia sólida.

CPC197

## ESTUDIO DE LA INFLAMACIÓN PERIFÉRICA EN PACIENTES CON DISTROFIAS RETINIANAS HEREDITARIAS

Marta Moro Muñoz, Sheyla Velasco Gomariz

*Propósito:* La retinosis pigmentaria (RP) es una enfermedad hereditaria que causa la degeneración progresiva de los fotorreceptores. Su elevada heterogeneidad clínica y genética dificulta el desarrollo de tratamientos efectivos. La inflamación sistémica y el estrés oxidativo podrían contribuir a la progresión de la enfermedad. Este estudio analiza la posible correlación entre biomarcadores inflamatorios periféricos, estrés oxidativo y la función visual en pacientes con RP.

*Método:* Estudio observacional que incluye 60 pacientes adultos con RP (18-70 años) y 30 controles sanos. Se recogieron muestras de sangre periférica para analizar subpoblaciones de monocitos por citometría de flujo, expresión de quimiocinas y receptores, y marcadores de estrés oxidativo (TAC, SOD, CAT, carbonilación proteica). Se realizaron exploraciones oftalmológicas completas: mejor agudeza visual corregida (ETDRS), OCT macular, campimetría (Humphrey 30-2) y mfERG. Se consideraron como variables de confusión el sexo, la edad, el consumo de nutracéuticos y el consumo de tabaco.

*Resultados:* Los análisis muestran diferencias significativas en la proporción de monocitos clásicos, intermedios y no clásicos entre pacientes con RP y controles ( $p < 0,05$ ). Se detectaron alteraciones en los niveles de ciertas quimiocinas y sus receptores. Los pacientes con RP presentaron una disminución significativa en la capacidad antioxidante total y en la actividad del superóxido dismutasa. Además, se encontraron correlaciones entre algunos biomarcadores periféricos y variables funcionales visuales.

*Conclusiones:* Los resultados sugieren que la inflamación periférica y el estrés oxidativo desempeñan un papel relevante en la progresión de la RP. Estas alteraciones sistémicas podrían utilizarse como biomarcadores de seguimiento y servir de base para futuras estrategias terapéuticas dirigidas a modular la inflamación y mejorar el equilibrio redox en estos pacientes.

CPC198

## SEGUIMIENTO DE LA REGRESIÓN DE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA PROLIFERATIVA MEDIANTE MULTIMODALIDAD: ESTUDIO COMPARATIVO PROSPECTIVO DE DOS AÑOS

Begoña Pina Marín, José Juan Escobar Barranco

*Propósito:* Demostrar que la monitorización estándar mediante angiografía es similar a nuestro protocolo no invasivo para la monitorización de la retinopatía diabética proliferativa (RDP).

*Método:* Presentamos un nuevo modelo de seguimiento de imágenes multimodal para la monitorización mensual no invasiva de la regresión de la RDP en pacientes tratados con anti-VEGF (vascular endothelial growth factor) intravítreos. Estudio prospectivo de 2 años de evolución en 44 pacientes con RDP tratados en monoterapia con anti-VEGF. El modelo consiste en la monitorización secuenciada de la interfase vítreo-retiniana mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) espectral y la segmentación de los neovasos pre-membrana limitante externa mediante la angiografía-OCT sin contraste. Los resultados se comparan con la angiografía de campo amplio con contraste, realizada trimestralmente en estos 44 pacientes como grupo control. La monitorización de la regresión de la RDP comparativa entre ambos modelos de seguimiento se ha realizado por 3 retinólogos de manera independiente y mediante la recogida de datos en un cuaderno de recogida de datos diseñado para dicho ensayo clínico con variables cuantitativas.

*Resultados:* Las técnicas mensuales propuestas para el seguimiento de la regresión neovascular (OCT, angiografía-OCT) son comparables a la angiografía de campo amplio trimestral para la detección y caracterización de la neovascularización diabética en particular en la detección y seguimiento de las anomalías microvasculares intraretinianas y los complejos neovasculares sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre ambos modelos de seguimiento.

*Conclusiones:* Las nuevas técnicas de imagen multimodal, de fácil obtención, pueden ser útiles en el seguimiento de la regresión de la retinopatía diabética proliferativa dado que las proyecciones epidemiológicas y las nuevas terapéuticas para la RDP presentan una tendencia continua hacia una mayor carga de trabajo.

CPC199

## RESULTADOS ANATÓMICOS Y FUNCIONALES A TRES AÑOS DEL TRATAMIENTO CON AFLIBERCEPT 2MG EN EDEMA MACULAR DIABÉTICO

Javier Ramos Duarte, Olivia Esteban Floría

*Propósito:* Evaluar la eficacia funcional (agudeza visual) y anatómica (espesor foveal central) del tratamiento intravítreo con Aflibercept 2mg en pacientes con edema macular diabético (EMD) en un contexto de práctica clínica real durante un seguimiento de tres años.

*Método:* Se realizó un estudio retrospectivo observacional de 80 ojos de 80 pacientes con EMD crónico tratados exclusivamente con Aflibercept 2mg, con seguimiento mínimo de 36 meses. Se analizaron la agudeza visual (AV) y el espesor foveal central mediante OCT, comparando valores iniciales y finales. Se evaluó el número de inyecciones administradas y su correlación con los cambios funcionales y anatómicos.

*Resultados:* La media de inyecciones fue de  $7,28 \pm 2,84$  en un período de 36 meses. El 50% de los pacientes empeoraron su AV (media  $-0,24 \pm 0,16$ ), el 18,8% la mantuvieron y el 31,2% mejoraron (media  $+0,21 \pm 0,21$ ) con diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ). En cuanto al espesor foveal, el 56,3% de los ojos mostraron mejoría (media  $-51,07 \mu\text{m}$ ), el 38,8% empeoraron (media  $+88,71 \mu\text{m}$ ) y el 5% no presentó cambios. No se observaron correlaciones significativas entre el número de inyecciones y los cambios en AV ( $r = 0,067$ ,  $p > 0,05$ ) ni en espesor foveal ( $r = -0,025$ ,  $p > 0,05$ ).

*Conclusiones:* En un entorno de vida real, Aflibercept 2mg mostró estabilidad o mejoría anatómica en la mayoría de los pacientes con EMD crónico, pero no se tradujo en una mejora funcional significativa global. La falta de respuesta visual podría estar influida por factores no controlados como el estado del cristalino o la evolución natural de la enfermedad. La intensidad del tratamiento fue menor que en ensayos clínicos, lo que refleja la brecha entre eficacia y efectividad en práctica clínica habitual.

CPC200

### RESULTADOS DE SEGURIDAD Y EFICACIA DE BROLUCIZUMAB Y FARICIMAB EN PACIENTES CON DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD NEOVASCULAR, CON TERAPIA ANTIANGIOGÉNICA PREVIA

Ana Torrente Dong, Elena Martínez Junquera

*Objetivo:* Evaluar la eficacia y seguridad de brolucizumab y faricimab en pacientes con degeneración macular asociada a la edad neovascular (DMAEn), antes tratados con otros antiangiogénicos.

*Método:* Estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron 115 pacientes tratados con brolucizumab (n = 25) y faricimab (n = 90). Se evaluó intervalo entre inyecciones intravítreas (IVI), tiempo medio de seguimiento, agudeza visual (AV), grosor central macular (GCM), presencia de líquido intrarretiniano y/o subretiniano (LIR y LSR), desprendimiento del epitelio pigmentario (DEP) y las complicaciones. Se hizo un análisis multivariante para identificar las variables más influyentes para definir el pronóstico visual.

*Resultados:* Del brolucizumab, tras  $12,5 \pm 4,8$  meses de seguimiento, la AV ( $61,9 \pm 15,2$  vs.  $58,3 \pm 12,7$  letras;  $p = 0,08$ ) y el GCM disminuyeron ( $296,9 \pm 68,7$  vs.  $243,9 \pm 58,2$   $\mu\text{m}$ ;  $p < 0,001$ ), los pacientes con LIR/LSR se redujeron un 36% ( $p = 0,008$ ) y con DEP un 28% ( $p = 0,02$ ). El intervalo entre IVI fue de  $8,8 \pm 3,8$  semanas. Se registraron 2 casos de uveítis anterior y 5 pérdidas visuales de  $\geq 10$  letras. Del faricimab, con  $8 \pm 2,5$  semanas de seguimiento, la AV mejoró ( $61,2 \pm 15,1$  vs.  $62,9 \pm 15,1$  letras;  $p = 0,047$ ), el GCM disminuyó ( $258,1 \pm 63,7$  vs.  $233,2 \pm 76,2$   $\mu\text{m}$ ;  $p < 0,001$ ), los pacientes con LIR/LSR se redujeron un 27,8% ( $p = 0,001$ ) y con DEP un 12,2% ( $p = 0,02$ ). El intervalo entre IVI fue de  $7,3 \pm 2,1$  semanas. Se registraron 2 uveítis y 4 pérdidas visuales. Respecto al análisis multivariante, los factores que predecían la AV fueron la AV basal (RF 1,06, coeficiente OLS -3,9,  $p < 0,001$ ), OCT basal (RF 0,24, OLS -2,6,  $p = 0,17$ ) y el uso de faricimab (RF 0,23, OLS +5,2,  $p = 0,021$ ).

*Conclusión:* Brolucizumab y faricimab son fármacos seguros y eficaces en el control de la DMAEn, el faricimab incluso probando mejoría en AV, siendo la AV basal el mejor indicador pronóstico. Además, con ambos fármacos es posible espaciar los intervalos de tratamiento respecto a antiangiogénicos actuales.