

Viernes, 8 de marzo

SESIÓN I

Moderadores: Dr. Alfredo Mannelli
Dra. Concepción Amaya

12:45 h. Ciclodíálisis traumática: diferentes opciones terapéuticas
Ioan Alexandru Placinta, Alex Samir Fernández-Santodomingo, Jorge Vila Arteaga
Hospital La Fe. Valencia

Casos clínicos: Presentamos tres pacientes que acudieron por hipotonía ocular tras traumatismo. Tras la exploración gonioscópica y con técnicas de imagen se diagnosticaron de ciclodíálisis.

El primer paciente presentaba una pequeña hendidura por lo que se realizó fotocoagulación con láser diodo en dos sesiones, que provocaron la resolución del cuadro clínico. El segundo paciente presentaba una hendidura más amplia y fue tratado mediante ciclodiodo y posteriormente con una ciclopexia externa. El último paciente presentaba subluxación de cristalino, vítreo en cámara anterior y una hipotonía de larga evolución. Se realizó una cirugía de vitrectomía anterior con facoemulsificación y ciclopexia interna.

Discusión: La ciclodíálisis traumática supone un reto terapéutico que va a depender de las características de cada tipo de lesión, existiendo diferentes opciones quirúrgicas para su resolución. Mostramos tres perfiles de pacientes a los que se le realizaron diferentes procedimientos en función de los hallazgos clínicos y gonioscópicos.

12:49 h. Glaucoma en queratocono: Cuando la superficie lo es todo
Laura Blanca Alfaya Muñoz, Pablo de la Roz Martín, Marta Álvarez Coronado, Alba García Lopez, Isabel Angellica de la Iglesia Aza, Crisanto Alonso Álvarez
Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. Asturias

Casos Clínico: Presentamos un caso clínico de un paciente varón de 47 años que acude a nuestro centro por conjuntivitis crónica y dermatitis atópica tratada con corticoides orales y topicos de forma discontinua desde hace una década. La AV es de cuenta dedos en ambos ojos. En la BMC observamos un queratono grado IV en OD con hidrops activo y un queratocono grado III en OI, con atopia ocular grave en ambos ojos. La PIO es de 45 mmHg en AO. En el fondo de ojo izquierdo se aprecia una excavación de 0.5 sin cuñas, siendo impracticable en OD. Se diagnostica de glaucoma cortisonico AO y se procede a tratamiento con timolol + bimatoprost tópico en colirio y acetazolamida oral 250 mg/8 horas junto a tratamiento concomitante de la atopia ocular.

Ai mes la PIO es de 20 mmHg, con progresión demostrada en CV y CFN, y empeoramiento de la superficie ocular en OI. El OD es descartado de trasplante penetrante + válvula de Ahmed por mala superficie y pocas posibilidades de éxito en el hospital de referencia.

En nuestro centro se procede a cambios en medicación oral con ahorradores de corticoides (metotrexato) respecto a corticoide oral y aumento de medicación tópica y decidiéndose cirugía XEN en OI con el fin de mejorar la superficie corneal y evitar mayor astigmatismo en ojo único funcional, realizándose sin incidencias.

Discusión: A los 3 meses el paciente desarrollo un quiste de tenon en ojo izquierdo que se resolvió con needling. Tras 12 meses postimplante XEN el paciente permanece estable con PIO 10 mmHg y CV sin evolucionar. La AV en OI resultante es de 0.6 cae 0.7. La superficie ocular mejoró y la topografía no muestra cambios que sugieran progresión del queratocono. El implante XEN es una alternativa quirúrgica eficaz en aquellos pacientes con queratocono en los que no deseamos generar astigmatismo residual por sus patologías concomitantes y que precisen retirada de fármacos tópicos.

12:53 h. Glaucoma secundario a síndrome endotelial iridocorneal en paciente con tatuaje corneal

Juan Antonio Miralles de Imperial Ollero, Amanda Ortiz Gomariz, A. Ramón Gutiérrez Ortega, M.^a Paz Villegas Pérez
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Caso clínico: Mujer de 31 años que acude a consulta en 2008 por alteración de la forma pupilar en ojo izquierdo (OI). La exploración oftalmológica era normal, exceptuando una discoria en OI. Se le realizó microscopía endotelial confocal que reveló hallazgos compatibles con síndrome endotelial iridocorneal (SEIC). En 2018 la paciente acude de nuevo por disminución de visión en OI, refiriendo haber sido intervenida en 2011 en otro centro realizándosele un tatuaje corneal en OI y haber sido diagnosticada un año antes de glaucoma en OI. La exploración del ojo derecho era normal y en el OI se observaba mejor agudeza visual corregida de 0,7, tatuaje corneal que impedía la observación del iris, leve edema corneal central, presión intraocular (PIO) de 24 mm Hg en tratamiento con timolol y brinzolamida (paquimetría 563 μ), defectos avanzados del campo visual y disminución del espesor de la capa de fibras nerviosas de la retina, no pudiéndose realizar gonioscopia ni microscopía confocal. Se añadió al tratamiento latanoprost tópico que no controló la PIO, siendo intervenida con implante de Express P-50. Un mes más tarde se observó aplanamiento y pigmentación de la ampolla con elevación de la PIO, se pautó tratamiento tópico que tampoco controló la PIO, realizándose aplicación de mitomicina C, retirada del implante Express y trabeculectomía, encontrándose en este momento la PIO controlada sin tratamiento.

Discusión: Nuestra paciente fue diagnosticada de un SEIC, posiblemente del tipo atrofia progresiva del iris que no respondió a tratamiento médico y que finalmente se controló con trabeculectomía. El SEIC es una patología de etiología desconocida y presentación esporádica, generalmente en mujeres jóvenes y unilateral y que puede complicarse con glaucoma en un alto porcentaje de los casos. Discutimos su diagnóstico, evolución y formas de tratamiento que en nuestro caso están condicionadas por el tatuaje corneal.

12:57 h. Glaucoma primario de ángulo abierto y enfermedad cerebral de pequeño vaso: Del ojo al cerebro

Marta Montero Rodríguez, Esperanza Gutiérrez Díaz, Dolores Lago Llinás, José Luis Torres Peña, Beatriz de Lucas Viejo
Hospital 12 de Octubre. Madrid

La existencia de cambios arterioescleróticos en las arterias cerebrales pequeñas define la enfermedad de los vasos pequeños cerebrales (EPV), la cual genera anomalías en la sustancia blanca cerebral (secundarias a la isquemia) y dilatación de los espacios perivasculares (DEPV) («espacios de Virchow-Robin» o «sistema glifático»), considerados en la RMN como

biomarcadores específicos de la enfermedad. Dichos espacios son imprescindibles para la eliminación eficiente de los solutos intersticiales del cerebro. Esta dilatación, secundaria a la retención de líquido, traduce una alteración en la dinámica del LCR paravascular cerebral. Recientemente se demostró una estrecha relación entre el GPAA y la presencia de lesiones en la sustancia blanca cerebral asociadas a un gran número de DEPV, lo que sugiere una EPV secundaria a una rigidez arterial, ya que la enfermedad cerebrovascular aterosclerótica es un factor de riesgo para el glaucoma. Por otro lado, dado que el nervio óptico es una extensión directa del cerebro, se podría esperar que un «sistema glifático disfuncional» a nivel del nervio óptico pudiera provocar una neurodegeneración glaucomatosa.

Presentamos una serie de 5 casos de pacientes diagnosticados de GPAA en tratamiento con fármacos hipotensores en los que la neuropatía glaucomatosa asociaba un gran componente isquémico, por lo que se les realizó una RMN cerebral que evidenció la presencia de lesiones en la sustancia blanca profunda y DEPV siendo diagnosticados de EPV.

Si la DEPV es resultante de una alteración entre el sistema vascular y el sistema glifático, la prevención de la rigidez arterial podría proteger contra el glaucoma.

13:01 h. **Neuropatía óptica multifactorial: Cuando no todo es glaucoma**

Carmen Fátima Rodríguez Hernández, Germán Ancochea Díaz, Inés del Barrio Manso, Ana María Guadilla Borrás
Hospital Universitario Infanta Cristina. Madrid

Caso clínico: El nervio óptico es susceptible de sufrir daños de diferente índole, siendo el glaucoma una de las principales causas, aunque no la única. Cuando diversas causas confluyen puede resultar difícil discernir a qué se debe el daño principal.

Presentamos el caso de un paciente varón de 83 años de edad con diagnóstico de glaucoma crónico de ángulo abierto más avanzado en el ojo izquierdo y estenosis carotídea intervenida mediante endarterectomía de ambos lados.

Posteriormente es diagnosticado de carcinoma vesical infiltrante y en una de las revisiones oftalmológicas, coincidiendo con el tercer ciclo de quimioterapia (carboplatino + gemcitabina), muestra un claro empeoramiento campimétrico de configuración hemianóptica nasal en el peor ojo.

Se solicita analítica que muestra anemia con hemoglobina de 8,4 gr/dl de origen mixto (pérdidas urinarias y toxicidad hematológica por quimioterápicos) y eco-doppler de troncos supraaórticos donde se objetiva reestenosis de la arteria carótida interna izquierda del 40%.

El paciente es tratado con transfusiones y se procede al cambio de tratamiento quimioterápico. Posteriormente se repite la campimetría observándose regresión parcial del escotoma.

Discusión: Consideramos que la hipoxia a nivel del nervio óptico glaucomatoso y el quiasma ipsilateral ha actuado como desencadenante del empeoramiento campimétrico en este paciente, en parte resuelto gracias a la rápida actuación terapéutica.

El especialista en glaucoma, a través de la observación del nervio óptico y los campos visuales, tiene la responsabilidad y el privilegio de orientar otros posibles diagnósticos más allá del ámbito oftalmológico.

13:05 h. **Trabeculectomía 4.0**

Carolina Pallás Ventayol¹, Honorio Pallás Ventayol²

¹ CTIG-TEKNON, ILO. Barcelona. ² Hospital San Pedro. Logroño.
La Rioja

Maniobras quirúrgicas: Describimos y mostramos en 4 minutos las 4 estrategias clave que ayudarán a cualquier oftalmólogo, especialista o no en glaucoma, a optimizar la técnica quirúrgica estándar de la trabeculectomía.

Discusión: La cirugía de la trabeculectomía se re-inventa día tras día con el fin de mejorar sus resultados tanto en términos de eficacia como de seguridad y así lo demuestra el hecho de que continúa siendo tema de debate en los principales congresos de glaucoma en España de estos dos últimos años:

- II Curso de Cirugía del Glaucoma, Madrid - Trabeculectomía: ¿cómo mejoro mi técnica? Los viejos rockeros nunca mueren. José Manuel Navero, Carlos Lázaro.
- 3rd Trends in Glaucoma, Barcelona - Modificaciones de mi cirugía filtrante para mejorar la supervivencia de la ampolla. Trabeculectomía. Dr. John Brookes.
- 94 Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología, Granada - Trabeculectomía paso a paso: todo lo que necesitamos saber para mejorar nuestros resultados y disminuir nuestras complicaciones. Miguel A. Castejón Cervero, Sofía García Sáenz, Esther Arranz Márquez, Carmen Carrasco Font, Teresa Pérez Martínez, Blanca Monsalve Córdoba.
- XIII Congreso de la Sociedad Española de Glaucoma, Bilbao - Trabeculectomía: cuándo todo está bien pero no funciona. José Manuel Navero.
- I Curso de Cirugía del Glaucoma, Madrid - Trabeculectomía: ¿cómo mejoré mi técnica?. Cosme Lavin, José Manuel Navero.
- Glaucoma 2017: «¿tanto hemos cambiado?», Córdoba - Mi mejor trabe/mi peor trabe. Carlos Lázaro.
- Inside Glaucoma, Barcelona - Trabeculectomía: ¿cómo aumentar la eficacia? Alfredo Mannelli.

13:09 h. Tratamiento quirúrgico de la retracción conjuntival tras implante de válvula de Ahmed con membrana amniótica y adhesivo de fibrina

Rafael Giménez Gómez, Manuel García Martín
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Caso clínico: Paciente de 57 años de edad, diagnosticado de leucemia mieloide crónica en tratamiento con dasatinib, y diabetes mellitus tipo 2, con aparición de retinopatía diabética proliferativa que progresa a glaucoma neovascular, por lo que se remite a nuestro centro para tratamiento quirúrgico.

Se realiza panfotocoagulación retiniana, y a continuación, se procede a implantar válvula de Ahmed en cuadrante temporal superior OD sin incidentes. Sin embargo, en el postoperatorio se produce una retracción conjuntival muy marcada, lo que nos induce a practicar incisiones relajantes y a resuturar la conjuntiva con vicryl 7/0; no obstante, observamos que en pocos días continúa la retracción que desgarrar todos los puntos de sutura.

En esta tesitura, y ante el riesgo de exposición del cuerpo valvular indicamos nueva cirugía sin suturas consistente en: 1) refrescar los bordes de la conjuntiva, 2) aplicar adhesivo de fibrina al lecho escleral y 3) colocar membrana amniótica en toda la esclera expuesta.

El resultado es favorable y se consigue la restauración anatómica con la conjuntiva recubriendo la totalidad de la esclerótica.

Discusión: La retracción conjuntival tras la cirugía del glaucoma es un fenómeno ampliamente conocido, pero que apenas ha sido tratado en la literatura oftalmológica.

Se realiza una revisión de la escasa bibliografía existente sobre esta complicación y se propone una cirugía «no stitch» que ha funcionado en nuestro caso.

13:13 h. La conjuntiva: amiga o enemiga. Actuación ante la desintegración conjuntival en cirugía de glaucoma

Ana María Pascual Agúndez, Patricia Gómez Pérez

Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

Caso clínico: Se presenta el vídeo de una mujer de 74 años que acude a nuestra consulta buscando una segunda opinión. La paciente presenta un glaucoma mal controlado con tratamiento máximo (dos combinaciones fijas) y cataratas en ambos ojos. Se añade al tratamiento inhibidores de la anhidrasa carbónica por vía oral y se propone cirugía combinada con mitomicina C 0,02% de ambos ojos empezando por el ojo derecho, que es el más afectado. Desde el principio de la cirugía del ojo derecho se aprecia una conjuntiva friable cuya apariencia previa en su análisis en la lámpara de hendidura nos pareció más consistente. Se intentó una esclerectomía profunda no perforante, pero se perforó la membrana trabeculodescemética y se reconvirtió a trabeculectomía sin incidencias. En el momento del cierre conjuntival la conjuntiva queda retraída hacia el fondo de saco, siendo incapaces de llevarla hacia delante porque ante la más mínima tracción se desgarraba. Ante esta situación se decide suturar un parche de fascia latta. En el primer días postoperatorio no se observa seidel. Se reinterviene a las dos semanas, retirando el parche de fascia latta y colocando un parche de membrana amniótica en la zona de la trabeculectomía, suturada a conjuntiva. En el postoperatorio inmediato la paciente no presenta seidel y se mantuvo con buenas presiones. Al mes del postoperatorio la paciente decide continuar sus revisiones en su centro de referencia.

Discusión: La conjuntiva debe estar en las mejores condiciones preoperatorias posibles para garantizar el máximo éxito quirúrgico. A veces el análisis conjuntival bajo la lámpara de hendidura no coincide con lo que nos encontramos en la manipulación quirúrgica. Es importante utilizar material quirúrgico adecuado sin dientes para intentar no desgarrarla y manipularla lo menos posible. Nos planteamos la alteración conjuntival por la mitomicina C en este caso.

13:17 h. ¿Las apariencias engañan? Utilidad de gonioscopia durante cirugía para liberar una hernia de iris tras EPNP

José Luis Torres Peña, Marta Montero Rodríguez, María Dolores Lago

Llinas, Beatriz de Lucas Viejo, Esperanza Gutiérrez Díaz

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Caso clínico: Paciente de 78 años con glaucoma quirúrgico en ojo izquierdo. Antecedente de Ictus isquémico y Alzheimer.

Se realiza esclerectomía profunda no perforante (EPNP) con mitomocina C más facoemulsificación sin complicaciones. A la semana acude con PIO de 22 mmHg y una leve corectopia superior. En la gonioscopia observamos una pequeña hernia de iris hacia membrana trabeculodescemética (MTD) temporal. El resto de la membrana se encontraba íntegra. Se indica pilocarpina al 1%. No se puede realizar liberación con láser YAG por mala colaboración del paciente. Se indica tratamiento médico hipotensor.

A las dos semanas la PIO se encuentra en 24 mmHg y sin cambio en la forma del iris. En la gonioscopia vemos aumento de hernia de iris, por lo que se indica cirugía.

Durante la cirugía se procede a tirar del iris a nivel del esfínter para liberar hernia. Tras esta maniobra se evidencia una pupila REDONDA Y REGULAR. Decidimos comprobar mediante gonioscopia el estado de la membrana y la liberación del iris. Para nuestra sorpresa, el iris seguía en la misma posición y sin cambios aparentes. Se repite la maniobra y la revisión mediante gonioscopia, sin variar el resultado. Se decide abrir la conjuntiva y realizar una trabeculectomía. El resto de la cirugía transcurre sin mayor complicación.

Discusión: La rotura de la MTD es una complicación poco frecuente tras una EPNP, suele estar predispuesta si existe una microperforación intraquirúrgica. En nuestro caso no tuvimos tal evento, por lo que la hernia de iris se produjo de forma espontánea. En el manejo de esta complicación está indicado el tratamiento médico y liberación con láser YAG, sin embargo no fue posible por el estado general del paciente. Durante la cirugía para liberar la hernia, fue importante el uso de la gonioscopia para decidir si era necesaria únicamente una iridectomía vía cámara anterior o una conversión a trabeculectomía.

13:21 h. Discusión

SESIÓN II

Moderadores: Dr. Pedro Pablo Rodríguez
Dra. M.^a José Vinuesa

16:15 h. **¿Por qué no me filtra el XEN? Un caso de obstrucción por una fibra iridiana**

Andrea González Ventosa, Nuria Mendieta Rasós, Joel Suárez Jáuregui, Merce Guarro Miralles

Hospital General de Granollers, Hospital Universitari de Sagrat Cor.
Barcelona

Caso clínico: Mujer de 68 años, con glaucoma primario de ángulo abierto tratada con Bimatoprost y combinación fija de dorzolamida más timolol, refiere intolerancia a colirios antiglaucomatosos presentando conjuntivitis alérgicas de repetición.

Se programa para implante de XEN (AqueSys, CA, USA) en OI, en el postoperatorio inmediato se mantiene con PIO de 5 mmHg presentando hipotalamia con punta del XEN ocluido por el iris. 2 semanas más tarde la PIO sube a 46 mmHg por lo que se desocluye la punta con impactos de láser YAG sobre el iris.

A pesar de resultar efectiva la maniobra, la PIO se mantiene en torno a 40 mmHg, por lo que se realiza needling e inyección de 5-fluorouracilo en ampolla. La PIO baja aunque continúa no contralada en torno a 20 mmHg, y se programa para revisión quirúrgica, en la que se libera la parte distal del implante que se encuentra enclavada por fibrosis subconjuntival. El implante sigue sin filtrar, por lo que con unas tijeras vannas se corta la parte proximal en cámara anterior, comprobando que se encuentra taponada por una fibra iridiana.

Tras esto, las PIOs se mantienen en rango correcto (14 mmHg) sin ningún tratamiento tópico.

Discusión: Las indicaciones del implante XEN son glaucomas leves-moderados de ángulo abierto o pacientes que rechacen el tratamiento tópico y los que no sean candidatos a cirugías más agresivas.

En nuestro caso, desocluímos la punta del XEN con láser YAG, quedando una fibra de éste enclavada dentro del lumen, impidiendo así el buen funcionamiento del implante, y provocando la fibrosis de la parte distal debido a la falta de filtración.

Si la cirugía fracasa, es necesario comprobar la filtración y que tanto la parte distal como la proximal del implante estén libres y correctamente emplazados.

Como conclusión, el implante XEN es una buena alternativa a la cirugía filtrante en determinado tipo de pacientes, en el que la correcta elección de los candidatos es básica para el éxito de la cirugía.

16:19 h. Implante XEN como cirugía de rescate de una válvula de Ahmed con extrusión recidivante

Núria Mendieta Rasós, Joel Suárez Jáuregui, Andrea González Ventosa, Mercè Guarro Miralles

Hospital de l'Esperança, Parc de Salut Mar. Barcelona

Caso clínico: Varón de 72 años con antecedentes de uveítis anterior bilateral con sospecha de enfermedad de Behçet controlada con inmunosupresores y glaucoma avanzado secundario. En el ojo izquierdo presenta una AV de percepción luminosa por una descompensación corneal post-trabeculectomía. En el ojo derecho presenta AV de 0.5, catarata, PIO 23 mmHg con tratamiento máximo y excavación papilar terminal con lo que se le propone cirugía combinada. Acude a los dos meses tras haber realizado facoemulsificación en centro privado, seguida días después, de cirugía filtrante con implante Express, por pico tensional de 40 mmHg según refiere el paciente. Se observa el implante anteriorizado con ampolla plana y PIO de 26 mmHg. Se inicia tratamiento hipotensor y se programa para cirugía con explante del Express e implante de válvula de Ahmed más recubrimiento con Tutopatch. Presenta buena evolución posterior con PIO 16 mmHg al año, con brinzolamida y timolol. A los 16 meses de la intervención se aprecia una exposición del tubo y se realiza un recubrimiento con esclera donante y membrana amniótica. A los dos meses del recubrimiento, a pesar de una buena epitelización de la zona expuesta, se detecta una nueva exposición en la zona del plato valvular, por lo que se le decide explantar la válvula e implantar un XEN nasal superior. Al mes de la cirugía se observa una buena ampolla, sin células en cámara anterior y presión de 13 sin tratamiento hipotensor.

Discusión: La extrusión del tubo o plato valvular es una de las principales complicaciones de la cirugía valvular y requiere un tratamiento inmediato para evitar problemas mayores como la endoftalmitis. Ante extrusiones recidivantes en diferentes puntos, más si afectan al plato, es aconsejable explantar el dispositivo por alto riesgo de reexposición. En pacientes con fracaso de cirugías filtrantes previas, un implante XEN en una zona de conjuntiva respetada puede ser efectivo, incluso en el contexto de un glaucoma uveítico.

16:23 h. Iridoplastia con láser argón para manejo postquirúrgico del XEN

Marta Álvarez Coronado, Laura Blanca Alfaya Muñoz, Pablo de la Roz Martín, Alba García López, Carlos Rodríguez Balsera, Isabel Angellica de la Iglesia Aza, Crisanto Alonso Álvarez

Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. Asturias

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 70 años con diagnóstico de glaucoma crónico simple en ambos ojos a tratamiento médico con 3 principios activos (bimatoprost, timolol y dorzolamida) sin conseguir un buen control tensional. Mantiene buena agudeza visual y no presenta catarata, por tanto, se decide cirugía con implante de XEN (Allergan, Inc., Irvine, CA) en ojo izquierdo. La cirugía transcurre sin complicaciones aunque encontramos cierta dificultad para la adecuada colocación por presentar una cámara anterior algo estrecha. En el postoperatorio inmediato se consigue importante reducción de PIO pero desde el primer día vemos que el XEN contacta con el iris. Durante las revisiones realizadas en el primer mes tras la cirugía la ampolla se va aplanando y la PIO va subiendo progresivamente hasta llegar a 20 mmHg. Se intenta movilizar el XEN subconjuntival pero se produce rotura y no resulta efectivo. Dado que el problema parece ser el contacto del XEN con el iris, se decide realizar iridoplastia con láser argón en el iris adyacente al dispositivo. Se consigue de esta forma liberar la obstrucción y se observa como aumenta la ampolla y la PIO se reduce a 11. En revisiones posteriores la PIO se mantiene estable y no ha precisado reintroducción de tratamiento médico.

Discusión: En el manejo postoperatorio del XEN la iridoplastia con láser argón puede resultar una solución efectiva en casos de obstrucción por contacto con el iris.

16:27 h. OMNI: técnica quirúrgica y complicaciones de este nuevo procedimiento MIGS

Jorge Vila Arteaga, Rodrigo Molina Pallete, Clara Martínez Rubio, Paula Martínez López-Corell, Ioan Alexandru Placinta
Hospital La Fe. Valencia

Casos clínicos: Presentamos los pasos quirúrgicos de la técnica OMNI realizada a un paciente con glaucoma crónico simple controlado con tres fármacos. La realización de esta cirugía MIGS requiere una correcta visualización e identificación de las estructuras angulares.

Se introduce la sonda por el canal de Schlemm para realizar la viscodilatación del mismo y de los colectores, tanto de los 180° superiores como inferiores. Posteriormente procedemos a realizar una trabeculotomía. Esta técnica permite realizar dos procedimientos con un sólo dispositivo.

Se muestran algunas de las posibles complicaciones y dificultades intraoperatorias ocurridas en las más de 20 cirugías realizadas.

Discusión: La cirugía angular mediante el sistema OMNI requiere de unos detallados preparativos y conocimientos de la región angular. La viscodilatación y posterior trabeculotomía se muestra como una opción de cirugía trabecular extensa útil en el tratamiento del glaucoma.

16:31 h. Paciente con lente de anclaje iridiano retropupilar e implante de válvula de Amhed con tubo vía pars plana

María Rodríguez Blanco, Joaquín Marticorena Salinero
Hospital HM La Esperanza. Santiago de Compostela

Caso clínico: Paciente de 72 años con antecedente de glaucoma pseudexfoliativo controlado mediante medicación tópica que sufre luxación del complejo saco-lente intraocular que requiere una vitrectomía posterior e implante de lente de anclaje iridiano retropupilar. En el postoperatorio presenta descompensación de la presión intraocular, intolerancia a múltiples tratamientos tópicos y empeoramiento progresivo del campo visual. Se decide realizar abordaje del glaucoma mediante cirugía de drenaje con implante de válvula de Ahmed y colocación del tubo vía pars plana. Seis meses después de la cirugía, el paciente presenta un control adecuado de la tensión ocular, sin medicación adicional, sin cambios en su visión y con mejoría de la superficie ocular.

Discusión: El implante de un dispositivo de drenaje como la válvula de Ahmed es una opción en pacientes en los que la cirugía clásica de glaucoma no ha funcionado o bien pacientes con alto riesgo de fallo por cicatrización de la cirugía convencional, como ocurre en pacientes vitrectomizados. La colocación del tubo en la cavidad vítrea evita complicaciones derivadas de su presencia en cámara anterior, siendo la más destacada el fallo endotelial. El empleo de la válvula de Ahmed con tubo vía pars plana en pacientes vitrectomizados con implante de lente de sujeción iridiana retropupilar parece una opción terapéutica segura y capaz de conseguir un buen control de la presión intraocular.

16:35 h. Extrusión completa del tubo de una válvula de Baerveldt por traumatismo ocular con un armario de cocina

María Concepción Guirao Navarro, Valentina Bilbao Malavé, Elsa Pilar Gándara Rodríguez de Campoamor, Jorge González Zamora, Javier Moreno Montañés

Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra

Caso Clínico: Paciente de 68 años con miopía magna y glaucoma avanzado en ojo derecho operada 3 años antes con dispositivo de drenaje Baerveldt localizado en cuadrante temporal superior, que acude a urgencias por presentar dolor ocular y sensación de cuerpo extraño de 7 días de evolución. Dicho dolor va en aumento tras haber sufrido un traumatismo ocular con un armario de cocina. La exploración muestra una agudeza visual corregida de 0.05 y una PIO de 38 milímetros de mercurio. En la lámpara de hendidura se observa un arrancamiento completo del tubo de Baerveldt, el cuál se sitúa encima de la córnea sin que se aprecie seidel o ampolla conjuntival. La paciente explica un traumatismo lateral con el borde de un armario de cocina que estaba abierto y no vió al girar la cabeza. Se realiza nueva intervención quirúrgica diseccionando la conjuntiva, cerrando el orificio escleral del tubo y colocándolo con otra entrada hacia cámara posterior. Posteriormente, se cubre el tubo con parche de conjuntiva inferior.

Discusión: Los traumatismos oculares pueden ser frecuentes en pacientes con campo visual muy dañado. Algunos estudios muestran que la cocina es el tercer lugar con más posibilidades de daño ocular tras el dormitorio y las escaleras. Este caso muestra la importancia de recordar a los pacientes operados de glaucoma y con daño visual avanzado, el cuidado que deben tener con armarios cuya puerta abierta coincida con la altura del globo ocular.

16:39 h. Ajuste de válvula de Ahmed en paciente con DR y PVR

Cristina Vendrell Gomez, Mercè Fossas Real, Anna Puntí Badosa, Mireia Jornet, Iñaki Cascajares

Hospital de Viladecans. Barcelona

Introducción: El uso de silicona en el tratamiento quirúrgico de los DR traccionales puede perjudicar la capacidad de drenaje de los tubos de drenaje tipo Ahmed en pars plana colocados previamente .

Método: Presentamos la técnica quirúrgica utilizada en un paciente para recolocar el tubo de la válvula Ahmed desde pars plana a sulcus.

1. Disección conjuntival 360°.
2. Disección de la ampolla para crear un túnel
3. Deslizar cerclaje debajo de la ampolla
4. Extracción del tubo de válvula de Ahmed.
5. Cierre del orificio escleral verificado con azul tripán.
6. VPP + FCG+ aceite de silicona.
7. Recolocación tubo de válvula de Ahmed en sulcus a través de un túnel escleral realizado con aguja 23G.
8. Fijar tubo.
9. Suturar flap escleral
10. Sutura conjuntival.

Conclusiones: En los casos en que un paciente presente tubo de válvula de Ahmed situada en pars plana y requiera cirugía de retina con aceite de silicona y cerclaje escleral, estos pasos han demostrado buen resultado en este paciente evitando la oclusión del tubo de la válvula Ahmed y permitiendo la colocación correcta del cerclaje.

16:43 h. **Implantación de válvula de Ahmed en paciente con injerto de mucosa bucal y queratoprótesis**

Juan Antonio Miralles de Imperial Ollero, Andrés López Jiménez, Amanda Ortiz Gomariz, A. Ramón Gutiérrez Ortega, M.^a Paz Villegas Pérez
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Introducción: Las causticaciones oculares son frecuentes, suelen ser bilaterales y deberse a accidentes laborales. Las causticaciones por álcali son más frecuentes que las debidas a ácidos y tienen peor pronóstico. Las complicaciones de las causticaciones severas incluyen: opacidad y/o perforación corneal, escleromalacia, cataratas, glaucoma, desprendimiento de retina y fibrosis conjuntival.

Caso clínico: Varón de 44 años que en 2007 sufrió una causticación ocular bilateral muy severa por álcali. Aunque fue tratada con múltiples trasplantes de membrana amniótica y de limbo, se produjo conjuntivalización total corneal de ambos ojos, por lo que su Agudeza Visual (AV) se redujo a movimientos de mano en ojo derecho (OD) y percepción de luz en ojo izquierdo (OI). En 2008 se realizó trabeculectomía en OD. En 2009 se realizó extracción extracapsular de catarata e implantación de queratoprótesis (KPro tipo I) en OD. Tras la cirugía el paciente presentaba mejor agudeza visual corregida (MAVC) de 0,15 en OD y excavación papilar glaucomatosa. En Junio de 2017 presentó una extrusión de la KPro por lo que se realizó recubrimiento conjuntival y en diciembre de 2017 presentó una nueva extrusión que precisó sustitución de la KPro por otra del mismo modelo con reconstrucción de la superficie ocular con injertos de mucosa bucal. En el postoperatorio se observó presión intraocular (PIO digital) elevada a pesar de tratamiento hipotensor tópico, por lo que se decidió implantar una válvula de Ahmed en cámara anterior. Actualmente el paciente mantiene MAVC de 0,15 con PIO controlada.

Conclusión: En las causticaciones oculares bilaterales graves las queratoplastias asociadas a trasplantes de limbo tienen muy mal pronóstico por lo que la implantación de una K-Pro puede ser la única alternativa terapéutica, aunque no está exenta de complicaciones. En el caso de nuestro paciente se requirió recambio de la KPro, injerto de mucosa bucal e implantación de válvula de Ahmed.

16:47 h. **Esclerectomías relajantes en el tratamiento de las complicaciones asociadas al nanoftalmos**

Belén Torres Ledesma, Francisco Ruiz Tolosa
Centro de Oftalmología Barraquer. Barcelona

El nanoftalmos se define como un ojo pequeño en ausencia de malformaciones. Esta entidad presenta complicaciones asociadas tales como la hipermetropía, el glaucoma o el síndrome de efusión uveal, entre otras. A continuación, presentamos una maniobra quirúrgica eficaz en el tratamiento del glaucoma refractario y el síndrome de efusión uveal en dos casos de nanoftalmía.

Maniobra quirúrgica: En primer lugar colocamos un hilo de tracción de seda (7-0) perilimbar a las 12 horas. Tirando del mismo y sujetando la seda a tensión con esparadrapo se expondrán los 180° inferiores del globo ocular. Después, disecamos la conjuntiva y la cápsula de Tenon desde la zona limbar hasta el ecuador de los cuadrantes inferiores con la ayuda de bisturí y tijeras Westcott. Seguido de ello, se cauterizan las boquillas sangrantes de los vasos episclerales. Se aísla el recto inferior y colocamos una sutura 5-0 por debajo del mismo para movilizar el ojo a un lado y otro, y visualizar mejor la esclera posterior. En este momento seccionamos la esclera realizando incisiones en forma rectangular con la cuchilla y la iremos

disecando poco a poco con ayuda de espátula piriforme hasta llegar al tejido uveal. Se realiza resección del grosor total de esclera en un área de 4 x 3 mm. Realizaremos una esclerectomía en cada lado del cuadrante inferior, a ambos lados del músculo recto inferior. Finalmente suturamos la conjuntiva recubriendo las esclerectomías mediante sutura de nylon 10-0. La técnica consigue crear una vía de drenaje para disminuir el aumento de presión de las venas vorticosas debido a un aumento de grosor escleral en estos ojos (incluye vídeo).

Conclusiones: Las esclerectomías de espesor completo en ojos nanofáltmicos son una alternativa de tratamiento quirúrgico eficaz en aquellos casos con síndrome de efusión uveal o hipertensión ocular refractaria que, en nuestra experiencia, han demostrado buenos resultados anatómicos y funcionales.

16:51 h. Discusión