

DISCUSIÓN PÓSTER SESIÓN I

Viernes 8 de Marzo de 11:00 a 11:30 horas

Discutidores: Dr. José Juan Aguilar

Dr. Pedro C. Fernández Vila

Paneles Nos.: 1 al 7

1 Edema macular quístico tras implante XEN en paciente con glaucoma pseudoexfoliativo

Irune Ortega Renedo, Ana Ibáñez Muñoz, María Chacón González, Leticia Rodríguez Vicente, María Rozanova Klecheva, Alexandra Arrieta Los Santos, Óscar Rúa Galisteo, María Ester Lizuain Abadía
Hospital San Pedro. La Rioja

Objetivos: Describir un caso clínico de edema macular quístico (EMQ) tras implante de XEN en un paciente con glaucoma pseudoexfoliativo.

Material y métodos: Paciente varón de 85 años con antecedente personal de DM tipo 2 con buen control metabólico y operado de catarata de ambos ojos 10 años atrás, que cursaron sin incidencias. Su agudeza visual (AV) preoperatoria era de 1 en ambos ojos. Presentaba PIO de 22 mmHg refractaria a tratamiento con 3 hipotensores tópicos, con excavación papilar de 0,8 en ojo derecho; con PIO de 17mmHg y excavación 0.5 en ojo izquierdo, por lo que se decide implantar el dispositivo XEN en OD.

Tras cirugía sin complicaciones y postoperatorio sin incidencias se consigue una PIO final de 15 mmHg; en la tercera semana de postoperatorio, el paciente refiere disminución de agudeza visual y metamorfopsias. Se constata una MAVC de 0.3. En la exploración de polo anterior se comprueban la correcta localización del implante y la lente intraocular, sin hallarse otras alteraciones; y en el fondo de ojo se aprecian quistes maculares.

LA OCT muestra edema poliquístico central, y en la AGF se observa fuga de contraste perifoveal en patrón petaloide. Se diagnostica por tanto como EMQ postquirúrgico.

Resultados: Se inicia tratamiento con nepafenaco 1mg/ml cada 8 horas para tratar el EMQ y dexametasona en pauta descendente durante 6 semanas como protocolo del postoperatorio del implante XEN, consiguiendo resolver el EMQ y recuperar la AV de 1.

Conclusiones: Aunque el EMQ es una complicación típica de la cirugía de catarata complicada, y no es frecuente su aparición tras implante de XEN, podría ser adecuada la prevención con AINEs o corticoides antes de realizar el implante en aquellos pacientes con factores de riesgo de desarrollar EMQ.

2 Erosión conjuntival recidivante tras válvula de Ahmed: Soluciones

Sara Mora Sáez, Mayerling Mercedes Suriano, Irene Gregori Gisbert, Pablo Alcocer Yuste, José Vicente Piá Ludeña
Hospital General Universitario de Castellón. Castellón

Objetivos: Mostrar y aplicar las alternativas terapéuticas ante la erosión conjuntival recidivante del tubo de la válvula de Ahmed.

Material y métodos: Varón de 56 años con antecedentes de ambliopía en ojo derecho (OD), miopía magna en ambos ojos (AO), cirugía de desprendimiento de retina en AO con cerclaje

360° en ojo izquierdo (OI) e implante Express® que presenta presión intraocular (PIO) no controlada con tratamiento médico máximo en OI. Se programa implante de válvula de Ahmed con tubo en cámara anterior y recubrimiento con parche de pericardio. Al mes presenta retracción conjuntival con exposición de pericardio tratado sin éxito mediante sutura y 6 días después con autotrasplante conjuntival. Un mes después presenta úlcera corneal de 8 mm de diámetro en hemicórnea inferior y exposición del borde del pericardio. Tras 5 meses de tratamiento médico (doxiciclina vía oral, suero autólogo y eritromicina pomada) epitelizó la úlcera, pero no todo el pericardio expuesto. Se decide acortar pericardio y posteriormente recubrimiento con doble membrana amniótica (MA). Al no obtener mejoría, se procede a recolocar el tubo del implante.

Resultados: El acortamiento del parche de pericardio y cierre conjuntival fracasó a los 15 días. La MA consiguió cerrar el defecto pese a que a los 10 y 15 días se desprendieron la capa externa e interna, respectivamente. Pasadas 3 semanas, presentó uveítis anterior que se resolvió con corticoides. Tras 15 días presenta Seidel, resuelto con antibioterapia y oclusión, y una nueva exposición del tubo, tratada con éxito con reposicionamiento quirúrgico retroiridiano.

Conclusiones: El manejo de la exposición del parche de pericardio y el tubo de la válvula de Ahmed en pacientes plurioperados supone un reto, requiriendo aplicar múltiples soluciones, de ahí la importancia del seguimiento en estos casos. En nuestro paciente, y tras varios tratamientos, la técnica con la que se han obtenido mejores resultados ha sido la recolocación del tubo.

3 Revisión retrospectiva de la fase hipertensiva tras implante de válvula Ahmed

Ester Mingorance Moya, Jesús Téllez Vázquez

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Objetivo: Analizar las características clínicas de la fase hipertensiva (FH) tras implante de válvula Ahmed, determinar los factores preoperatorios asociados a su desarrollo, y evaluar si la FH condiciona el resultado quirúrgico a largo plazo.

Métodos: Revisión retrospectiva de las cirugías de implante de válvula Ahmed realizadas entre 2010 y 2015. Se incluyeron 74 ojos con seguimiento mínimo de 2 años. Se recogieron las características clínicas, tipo de cirugía, medicación hipotensora, y presión intraocular (PIO) pre y posquirúrgica. La FH se definió como PIO >21 mmHg en los 3 primeros meses posoperatorios. Los datos obtenidos se analizaron comparando las diferencias entre el grupo de pacientes con y sin FH.

Resultados: De los 74 casos, 26 (35%) experimentaron FH con una PIO media de 27,2 mmHg a las 5 semanas poscirugía. En el 73% de ellos, la FH se resolvió en 4,5 meses. De las variables preoperatorias estudiadas, no se encontró que la edad, antecedente de otra cirugía oftalmológica, PIO, uso de fármacos hipotensores o posición intraocular del tubo, fueran factores de riesgo para la FH. Sólo el tipo de glaucoma mostró diferencias estadísticamente significativas, siendo el glaucoma secundario más frecuente en el grupo con FH (85% versus 60% en ojos sin FH). La presencia de FH se asoció con PIO más alta a los 2 años poscirugía (15,7 y 13,7 mmHg en el grupo con y sin FH respectivamente, $p=0,008$), así como mayor necesidad de tratamiento hipotensor (1,9 y 1,2 fármacos con y sin FH respectivamente, $p=0,01$) o de una nueva cirugía de glaucoma (4 y 1 cirugías con y sin FH respectivamente, $p=0,02$).

Conclusiones: La FH se presenta frecuentemente entre el primer y segundo mes tras implante de válvula Ahmed, siendo el glaucoma secundario un factor de riesgo para su desarrollo. Aunque en la mayoría de casos la FH se resuelve en semanas posteriores, su presencia se correlaciona con un peor control tensional a largo plazo que exige un manejo médico-quirúrgico más intensivo.

4 Resolución quirúrgica de maculopatía hipotónica secundaria a ciclodíálisis post-facoemulsificación no complicada

Juana Martínez Morales, Isabel López Sangrós, Sara Marco Monzón, María de los Ángeles Del Buey Sayas, María Aránzazu Pérez Íñigo, Ana Honrubia Grijalvo, Francisco Javier Ascaso Puyuelo

Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa». Zaragoza

Objetivo: Describimos un caso con maculopatía hipotónica macular tras iridodialisis tras intervención de catarata.

Material y método: Paciente de 70 años con antecedente de facoemulsificación cristaliniiana e implante de LIO no complicada en ojo izquierdo que 4 meses después refiere disminución progresiva de agudeza visual.

A la exploración presentaba una AV inferior a 1/10 en dicho ojo. La PIO era de 4 mmHg. La biomicroscopía del segmento anterior descartó la existencia de seidel corneal. La funduscopia desveló una maculopatía hipotónica con pliegues radiales y borrosidad de los bordes papilares. La OCT del segmento posterior confirmó los pliegues maculares. La ecografía ocular reveló un desprendimiento coroideo plano en toda la circunferencia ocular. El examen con biomicroscopía ultrasónica detectó un ciclodíálisis superior de 180°. Tras el fracaso de la observación con tratamiento médico (atropina y corticoides tópicos) se practica sin éxito unas incisiones radiales de la capsulorrexis anterior para relajar la fibrosis capsular.

Finalmente, se decide la intervención quirúrgica procediendo a la colocación de un explante circunferencial de silicona sólida, criopexia superior a 3 mm del limbo, vitrectomía posterior pars plana (VPP) de 23g, pelado de la membrana limitante interna, intercambio con SF6 al 25% e indicándose tratamiento postural en decúbito supino durante 5 días.

Resultado: En el postoperatorio inmediato se confirmó la recuperación de la PIO, resolución de los pliegues maculares y del desprendimiento coroideo, cierre de la ciclodíálisis y recuperación progresiva de la AV hasta alcanzar 7/10.

Conclusión: La ciclodíálisis es un cuadro clínico que consiste en la separación del cuerpo ciliar del espolón escleral, provocando el paso de humor acuoso al espacio supracoroideo, con la consiguiente reducción de la PIO. Los casos más frecuentes suelen ser traumáticos, si bien también pueden ser postoperatorios, habiéndose descrito tras cualquier tipo de cirugía.

5 Complicación tardía de un implante XEN: Dislocación a cámara anterior e intrusión corneal. A propósito de un caso

Juana Martínez Morales, Sara Marco Monzón, Isabel López Sangrós, Juan Ibáñez Alperte

Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa». Zaragoza

Objetivo: El implante XEN es una técnica mínimamente invasiva para el tratamiento de glaucoma de ángulo abierto reservada a casos leves a moderados. Menos invasiva que las clásicas técnicas quirúrgicas y con un perfil de seguridad mayor.

Presentamos el caso de una paciente diagnosticada a la que se le implantó un XEN, con funcionamiento satisfactorio durante meses y que de forma tardía presentó una severa complicación.

Material y método: Paciente de 85 años diagnosticada de glaucoma de ángulo abierto, intervenida de catarata en ambos ojos. En tratamiento con Latanoprost, Timolol y Brinzolamida. Presenta presiones intraoculares (PIO) en ojo derecho de 24 mmHg y progresión significativa en OCT de fibras nerviosas y campos visuales.

Se decide intervenir e colocar un implante XEN en el ojo derecho en mayo de 2017 ante el rechazo de la paciente a cirugías mas invasivas como EPNP o trabeculectomía, presentando buena evolución postoperatoria y PIO de 16mmHg los primeros meses.

Tras ocho meses de seguimiento, mantiene la PIO a 22mmHg y se pauta tratamiento con Brinzolamida y Timolol ante el riesgo de progresión, manteniendo tensiones de 15mmHg a partir de entonces.

En octubre de 2018 acude a urgencias por disminución de agudeza visual en ojo derecho. A la exploración se observa un intenso edema corneal, pliegues en Descemet y el implante XEN dislocado hacia cámara anterior, penetrando a través del endotelio hasta estroma corneal.

Resultados: Ante el intenso edema corneal y la inflamación en cámara anterior, añadimos tratamiento corticoideo y antiedema tópico al tratamiento previo de la paciente.

Se valora su evolución y las posibles soluciones definitivas, entre las que se encuentran el explante o recolocación del implante XEN.

Conclusiones: Sugerimos aquí a dislocación del implante a cámara anterior a pesar de haber sido bien implantado y su posible inserción en cornea como potencial complicación a tener en cuenta.

6 Anti-VEGF coadyuvantes a cirugía filtrante de glaucoma neovascular en ojo ciego con seclusión pupilar

Ignacio Lozano García, Ana Palazón Cabanes, Inmaculada Sellés Navarro, M.^a Paz Villegas Pérez

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Introducción: El glaucoma neovascular(GNV) se produce tras procesos isquémicos oculares, generando hipertensión ocular con obstrucción del trabeculum por neovasos y membranas fibrovasculares. El tratamiento médico o quirúrgico suele tener pobres resultados ya que además, suele haber signos inflamatorios que producen sinequias posteriores e incluso seclusión pupilar.

Caso clínico: Mujer de 78 años, acude por dolor intenso en ojo derecho(OD) amaurótico. En su historia clínica se observa en OD trombosis de vena central retiniana 8 años antes tratada con panretinofotocoagulación y episodio de uveítis sinequiante un año antes. A la exploración se observa en OD: PIO de 50 mmHg, miosis arreactiva con seclusión pupilar, iris bombé con cierre angular, rubeosis iridis severa, catarata hipermadura e invasión de la cápsula anterior por neovasos, Tyndall y mediante ecografía desprendimiento de retina total. Se realiza tratamiento médico e iridotomías periféricas en varias ocasiones, pero se observa cierre inflamatorio de estas y persiste PIO elevada y dolor, por lo que se inyecta ranibizumab intravítreo (IV) y 3 días después se realiza trabeculectomía, inyectándose aflibercept intracamerular también. En el postoperatorio no se observa ampolla pero la PIO está controlada sin tratamiento y desaparece la rubeosis. Actualmente la paciente está asintomática, con PIO 11 mmHg y ha recibido en total 4 antiVEGF separados cada 6 semanas.

Discusión: Los antiVEGF se han mostrado efectivos en el tratamiento del GNV, produciendo una regresión de neovasos. En nuestro caso asociamos una trabeculectomía debido a que la paciente presentaba una seclusión pupilar completa con iris bombé y cierre angular. Discutimos la efectividad de los antiVEGF IV en el manejo del GNV que, aunque no está protocolizado, a corto plazo ha demostrado favorecer disminución de PIO, regresión de neovasos y seguridad como terapia de mantenimiento en OVCR y como adyuvante y preoperatoria al combinarlo con cirugía filtrante.

7 Tres casos de perforación conjuntival por Dispositivo XEN y su explante

Cristina Lara Diestre, Lourdes Vidal Oliver, Jose Miguel Vilaplana, Vicente Tomás Pérez Torregrosa, Antonio Duch Samper, Antonio Barreiro Rego
Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia

Objetivos: Destacar que la perforación de la conjuntiva es una posible complicación del implante XEN, que precisará su reparación o su explante.

Material y métodos: Presentamos 3 casos de cirugía combinada de FACO+LIO+XEN en los que este último dispositivo perforó la conjuntiva en un plazo variable de tiempo (de 2 a 18 meses).

Resultados:

— Caso 1: Varón de 56 años, a las 3 semanas de la cirugía se evidencia el XEN en posición ‘tienda de campaña’, apoyado y levantando la conjuntiva. A las 10 semanas, termina por perforar la conjuntiva. En quirófano, se extrae el dispositivo con facilidad y se sutura, resolviendo el Seidel.

— Caso 2: Varón de 75 años, a los 6 meses presenta una ampolla plana y Seidel a través del implante que ha perforado la conjuntiva. Se decide su explante completo, por la dificultad de recolocarlo debido a la severa fibrosis de la zona. Sin embargo, el tubo se extrae fácilmente. Y se repara la conjuntiva.

— Caso 3: Mujer de 80 años, a los 18 meses, se observa en una exploración rutinaria como el extremo distal de la válvula aparece a través de la conjuntiva. Con Seidel pero sin hipotonía. En la revisión quirúrgica, el dispositivo se fragmentó al traccionar del mismo, por lo que se seccionó a nivel escleral. Durante la primera semana el resto de XEN continuó filtrando hasta que la conjuntiva se fibrosó.

Los 3 casos precisaron nuevamente hipotensores oculares, sin mayores incidencias.

Conclusiones: La perforación conjuntival por el XEN es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave por el riesgo de infección e hipotonía por lo que precisará reparación con cirugía o su explante. El seguimiento de estas válvulas deberá ser a largo plazo, pues la perforación no sólo se relaciona con el momento quirúrgico y con la disposición subconjuntival de un trayecto corto y en «tienda de campaña» del XEN sino con el posible progresivo aplanamiento de la ampolla y la fricción del parpadeo con el extremo del dispositivo.

DISCUSIÓN PÓSTER SESIÓN II

Viernes 8 de Marzo de 11:00 a 11:30 horas

Discutidores: Dra. Carolina Pallás

Dr. Antonio Hidalgo

Paneles Nos.: 8 al 15

8 Manejo de ampolla hipertrófica nasal tras implante de gel Xen® con sutura compresiva y tissucol®

Laia Jaumandreu Urquijo, Laura Díez Álvarez, Marta Gómez Mariscal, Francisco J. Muñoz Negrete

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Objetivo: Presentar el caso de un paciente con una ampolla nasal hipertrófica tras implante de gel Xen® y su resolución con sutura compresiva y aplicación de tissucol®.

Material y métodos: Paciente varón de 70 años diagnosticado de glaucoma primario de ángulo abierto AO que presentó una ampolla hipertrófica de 1 a 6 horas muy sintomática des-

pués de implante de gel Xen® OD superonasal tras EPNP fracasada. A pesar del buen control tensional postquirúrgico, dado que el paciente no respondió a tratamiento con supresores del humor acuoso, se decidió realizar la técnica descrita como «Dry lake». En primer lugar se procedió al drenaje de la ampolla a través de un pequeño ojal inferior, se realizó una sutura compresiva «en colchero» a las 3 horas y finalmente se introdujo a través de la incisión conjuntival el adhesivo de fibrina Tissucol® en dos tiempos.

Resultados: La mejoría de la sintomatología fue inmediata manteniéndose un buen control de la PIO. Al mes de la cirugía presenta un implante Xen funcionando, PIO OD: 8 mmHg sin tratamiento, y ampolla difusa superonasal asintomática.

Conclusiones: La formación de grandes ampollas nasales está descrita como complicación del implante Xen®, principalmente relacionada con una colocación excesivamente nasal del mismo que en casos de reintervenciones puede ser inevitable. La técnica descrita resulta segura y fácil de realizar suponiendo una buena opción para el manejo de este tipo de ampollas.

9 **Obstrucción del Implante de Gel XEN® por material pseudoexfoliativo y resolución parcial con láser Yag**

*Laia Jaumandreu Urquijo, Laura Díez Álvarez, Marta Gómez Mariscal,
Francisco J. Muñoz Negrete*
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Objetivo: Presentar el caso de un paciente con aumento agudo de presión intraocular (PIO) debido a la obstrucción de un implante de Gel Xen® por material pseudoexfoliativo y su resolución parcial aplicando láser Yag

Material y métodos: Varón de 74 años con glaucoma pseudoexfoliativo (GPEX) al que se le realizó un implante de Gel Xen® por PIO mal controlada tras EPNP fracasada. Tras un año con buen control tensional, acudió a urgencias por cefalea intensa y dolor ocular, objetivándose una PIO de 53 mmHg y material pseudoexfoliativo obstruyendo la apertura intracamerular del implante. La ampolla presentaba un aspecto aplanado con ligera pigmentación y fibrosis subconjuntival. Se pautó tratamiento médico y se remitió a consultas de glaucoma, donde se decidió tratamiento de la obstrucción intracamerular con láser Yag. La eliminación directa del material pseudoexfoliativo mediante láser Yag fue insuficiente para conseguir la restauración del flujo de humor acuoso a través del Xen, teniendo que recurrir a realizar la excisión de la porción más proximal del implante aplicando los impactos de láser sobre el mismo.

Resultados: Tras la aplicación del láser Yag, la PIO presentó un descenso significativo aunque no suficiente siendo 30 mmHg post-láser sin medicación y 21 mmHg a la semana con Ganfort® y Simbrinza®. Se procedió a la revisión quirúrgica de la ampolla, eliminando la fibrosis y colocando un implante de ologen, consiguiendo una PIO de 13 mmHg a la semana y al mes

Conclusiones: En el GPEX existe una producción patológica y acumulación de material fibrilar extracelular en los tejidos del segmento anterior que puede dar lugar a la obstrucción del implante Xen que, en nuestro caso, se resolvió al eliminar la zona obstruida del implante mediante láser Yag. A pesar del descenso tensional significativo tras la resolución de la obstrucción intracamerular, el control de la PIO post-tratamiento no fue adecuado por la existencia de obstrucción crónica a otros niveles del implante.

10 Cirugía de glaucoma mediante implante CyPass en paciente con esclerosis sistémica

Ana Ibáñez Muñoz, Irune Ortega Renedo, María Chacón González, Leticia Rodríguez Vicente, María Rozanova Klecheva, María Ester Lizuain Abadía, Alexandra Arrieta Los Santos, Óscar Rúa Galisteo
Hospital San Pedro. La Rioja

Objetivos: Presentar un caso de una paciente con esclerosis sistémica y glaucoma de tensión normal intervenida de implante CyPass en ambos ojos.

Material y métodos: Paciente mujer de 54 años con antecedente de esclerosis sistémica (ES) y fibrosis pulmonar con glaucoma de tensión normal de daño moderado en ojo derecho (OD) y avanzado en ojo izquierdo (OI). Presenta una agudeza visual en OD de 0.5 y en OI de 0.2. La presión intraocular (PIO) es de 13mmHg en ambos ojos en tratamiento con simbrinza® y xalatan con mala tolerancia a los colirios. Se realiza cirugía combinada de catarata con implante CyPass en ambos ojos.

Resultados: Tras la cirugía combinada, la PIO a los 6 meses de la cirugía se redujo a 14mmHg con azopt y la AV en OD 0.9 y en OI 0.2 sin progresión ni funcional ni estructural.

Discusión: La ES es una enfermedad del tejido conectivo crónica, generalizada y progresiva, caracterizada por disfunción vascular y alteraciones microvasculares que conducen a fenómenos de isquemia y fibrosis de diversos tejidos y órganos: riñón, pulmón, corazón, piel, vasos sanguíneos, articulaciones y músculos. La incidencia en Europa es de 4 a 5 casos/1.000.000 habitantes y su prevalencia de 30 a 126 casos/1.000.000 habitantes. Se piensa que la ES puede ser un factor de riesgo para desarrollar glaucoma de tensión normal. Debido a la afectación del tejido conjuntival por la enfermedad sistémica, la cirugía filtrante mínimamente invasiva, como es el implante CyPass, puede ser una alternativa eficaz en el control de la PIO en estos casos.

11 Pérdida significativa de visión tras implante Express con recuperación tardía

Andrea Lorena Guijarro Alaña, Patrizia Ávila Paz, Sonia Durán Poveda, Irene Platas Moreno, Carmen Rodríguez-Bermejo, Blanca Sandoval Cortés
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Objetivo: Presentar un caso con pérdida significativa de visión tras implante Express con recuperación visual tardía.

Métodos: Historia clínica, exploración oftalmológica, campimetría visual (CV) y tomografía de coherencia óptica (OCT) de capa de fibras nerviosas (CFNR) y macular.

Caso clínico: Paciente de 94 años con glaucoma en estadio avanzado bilateral intervenido hace 18 años de facoemulsificación y esclerectomía profunda no perforante en ojo izquierdo (OI) y hace 7 años de facoemulsificación e implante Express en ojo derecho (OD). Desde entonces presenta una agudeza visual (AV) en OD de 0.1 y en OI de 1.0. En el 2013 se objetiva progresión en el campo visual (CV) de OI y se inicia tratamiento tópico con 2 fármacos alcanzando una presión intraocular (PIO) de 15 mmHg. En 2016 se objetiva progresión del defecto campimétrico y pese a la introducción de un tercer fármaco no se consigue estabilidad del CV. En 2017 se decide tratamiento quirúrgico mediante implante Express. En el postoperatorio inmediato presenta atalamia grado 1 y desprendimiento coroideo periférico temporal. La AV fue de cuenta dedos a 3 metros que mantuvo durante 3 meses sin causa justificable. La PIO durante este período osciló entre 4 y 8 mmHg. Posteriormente se produjo una recuperación significativa en la visión y su AV llegó a 0.8, manteniendo cifras de PIO de 12 mmHg y un CV estable.

Conclusión: El fenómeno de Wipe-out es una complicación rara que describe una pérdida severa e inexplicada de visión tras una cirugía de glaucoma. Los principales factores de riesgo son un estadio avanzado del glaucoma, edad avanzada y mal control tensional perioperatorio. El mecanismo fisiopatológico sigue siendo desconocido. Ocasionalmente tras esa pérdida de visión es posible la recuperación visual. Se ha sugerido que la reducción mantenida de la PIO puede mejorar la función de las células ganglionares de la retina mediante la restauración del flujo axoplásmico y la microcirculación del nervio óptico.

12 Ahmed en apuros: cómo alejarse de conjuntivas problemáticas

Ana Garrote Llordén, Carlos Lobato Fuertes, Sergio Mahave Ruiz, Andrea Carrancho García, Carlos Plaza Laguardia, Álvaro Rodríguez Castelblanco
Complejo Asistencial Universitario de León. León

Objetivo: La extrusión del tubo de la válvula de Ahmed (VA) supone un serio problema. Su recubrimiento puede fracasar y para conseguir la reconstrucción local óptima en ocasiones precisamos explantar la VA. Como solución alternativa proponemos el cambio de cuadrante del tubo valvular utilizando un alargador adaptado.

Material y método: Caso clínico aislado. Paciente intervenido de desprendimiento de retina (DR) e implantación de VA que presenta extrusión del tubo valvular.

Se trata de un paciente diabético mal controlado (HbA1c 8.6%). Acude por disminución de agudeza visual en su ojo derecho (OD). Es diagnosticado de retinopatía diabética proliferativa con DR traccional. Es tratado con cirugía de catarata, vitrectomía pars plana, panfotocoagulación láser (PFCL) e inyección de silicona.

Tres meses después presenta neovascularización angular OD sin respuesta a PFCL ni Anti-VEGF. Las cifras de presión intraocular (PIO) superan los 40mmHg a pesar de tratamiento máximo oral y tópico. Se decide implantar una VA, que estabiliza la PIO en 12mmHg.

Un año después, el paciente refiere dolor en OD, presentando exposición de tubo valvular debido a ulceración conjuntival peritubular. Se opta por adaptar un extensor del tubo de la VA (Tube Extender, New World Medical Inc.) y cambiar la orientación del mismo, insertándolo en CA en zona nasal, dado el gran tamaño de exposición y la friabilidad del tejido

Resultados: Se consigue mantener un buen control de PIO con un filtrado valvular óptimo. La conjuntiva temporal superior dañada cicatriza adecuadamente.

Conclusiones: El cambio del cuadrante de inserción del tubo de la VA en CA es una opción terapéutica válida en pacientes con extrusión tubular, que puede evitar explantar VAs normofuncionantes.

Para poder llevar a cabo el cambio de cuadrante utilizamos extensores de los tubos valvulares. Estos permiten llevar la boca del tubo hasta la zona de inserción más adecuada, salvando así zonas conjuntivales alteradas por procedimientos previos.

13 Ciclodíalisis asociada a tubo valvular

Laura Díez Álvarez, Carmen Cabarga del Nozal, Marta Gómez Mariscal, Laia Jaumandreu Urquijo, Diego Ruiz Casas
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Objetivos: Presentar un caso clínico de ciclodíalisis asociado a válvula de Ahmed

Material y métodos: Caso clínico

Resultados: Paciente de 81 años con glaucoma severo y PIO de 32 mmHg a la que se le realizó la implantación de una válvula de Ahmed en cámara anterior (CA).

Durante el primer mes postoperatorio, la PIO fue de 6-8 mmHg, objetivándose en gonioscopia un trayecto retroiridiano del tubo valvular adyacente al ángulo camerular que posteriormente se superficializaba atravesando el iris hacia CA. Por este motivo, presentaba una ciclodíalisis y un desprendimiento ciliocoroideo(DCC) asociados. Inicialmente, se pautó tratamiento con ciclopléjico y corticoides tópicos y orales pero un mes después la PIO era de 3 mmHg con disminución de agudeza visual(AV) asociada a la aparición de pliegues maculares, por lo que se realizó una iridectomía quirúrgica de la porción iridiana situada por encima del tubo valvular y se aplicó láser Argón sobre la ciclodíalisis (2 sesiones.100 impactos/sesión.1000mseg.300mW). A las 3 semanas, se objetivó el cierre de la diálisis, la desaparición de los pliegues maculares y del DCC y la recuperación de la AV. La PIO a las 6 semanas era de 14 mmHg sin tratamiento y a los 18 meses se mantiene controlada en 12 mmHg con timolol

Conclusiones: La ciclodíalisis es la separación de las fibras longitudinales del músculo ciliar del espolón escleral produciendo una vía secundaria de drenaje del humor acuoso causando hipotonía ocular que puede conllevar complicaciones severas, por lo que el diagnóstico y la resolución tempranas son fundamentales. El tratamiento médico con esteroides, la aplicación local de láser, diatermia o crioterapia, así como la ciclopexia quirúrgica han sido los métodos más empleados para su resolución. En nuestro caso, la iridectomía sobre el tubo valvular evitando la tracción causante de la ciclodíalisis y la aplicación local de láser Argón consiguieron cerrar la diálisis y restituir la PIO solucionando las complicaciones asociadas

14 Implante Express® en paciente embarazada con síndrome iridocórneo endotelial

Teresa Colás Tomás, Elena López Tizón
Hospital del Tajo. Aranjuez. Madrid

Introducción: El fracaso de la cirugía filtrante y de los dispositivos de drenaje en el síndrome iridocorneo endotelial (SICE) es mayor que en otros casos, por la continua proliferación de células endoteliales anormales sobre el trabeculum y la zona de filtración, así como por la alta respuesta cicatricial que estos pacientes tan jóvenes presentan.

Presentamos el primer caso descrito de implante Express® en paciente gestante con SICE e hipertensión ocular descontrolada.

Caso clínico: Mujer de 35 años que refiere visión de niebla por ojo izquierdo (OI) desde hace 2 meses. Está embarazada de 20 semanas. La agudeza visual (AV) es OD:1 OI:0,9, la presión intraocular (PIO) en OD es de 11 mmHg y en OI de 34 mmHg. En la exploración biomicroscópica el OD no presenta alteraciones y en OI se observa pupila corectópica y ectropión uveal, atrofia sectorial del estroma iridiano y leve edema epitelial corneal. En la gonioscopia se aprecia en OI sinequias iridianas anteriores en los 4 cuadrantes. El fondo de ojo (FDO) es normal. Ante la sospecha diagnóstica de síndrome iridocorneo endotelial con PIO descompensada en OI se pauta tratamiento con Duokopt® y colirio antiedema. Dado el mal control tensional (29 mmHg) y la imposibilidad de poner tratamiento máximo hipotensor por el estado de gestación de la paciente, se decide realizar cirugía con implante Express® y Ologen® en OI. A los 6 meses la PIO está controlada en 9 mmHg, sin la necesidad de tratamiento hipotensor, la córnea es transparente y la AV es de 0,9.

Conclusiones: El implante Express® puede ser considerado como primera opción quirúrgica en el SICE. Por su composición permite la permanencia del ostium abierto y una menor respuesta inflamatoria postquirúrgica. En nuestro caso, al tratarse de una mujer gestante, joven y fáquica, en la que debíamos controlar la tensión rápidamente y asegurar un postoperatorio con el menor número de fármacos y reintervenciones posibles, la utilización del mismo nos pareció la mejor opción.

15 Desplazamiento de silicona a cámara anterior tras implante de dispositivo de drenaje para glaucoma

Irene del Cerro Pérez, Gustavo Alan Peinado, Fabio Vicente Zavarse Fadul, Enrique Normand de la Sotilla, José Luis Urcelay Segura
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivo: Se presenta un caso de glaucoma secundario (GS) a aceite de silicona con desplazamiento intraquirúrgico a cámara anterior (CA), corrección in situ y recurrencia de la situación en el postoperatorio inmediato.

Material y método: Se presenta un caso intervenido de DR mediante Facó+LIO+cerclaje+VPP+aceite de silicona con hipertensión secundaria sin respuesta a tratamiento. Se desestima la retirada de silicona por riesgo de redespaldamiento. Se lleva a cabo implante de dispositivo de drenaje para glaucoma tipo Ahmed preiridiano, con localización de tubo en cuadrante temporal inferior. A diferencia de otros autores, preferimos evitar en estos casos la colocación del dispositivo en cuadrante inferior, manteniendo la posición habitual del plato. Intraoperatoriamente, en el momento de descompresión por paracentesis, se observa desplazamiento de aceite a CA. Se realizaron maniobras evacuando el material, sin embargo en el postoperatorio inmediato se observa una gran burbuja de silicona e HTO sin respuesta a tratamiento tópico y obstrucción del tubo de drenaje que obligó a programar la retirada de silicona.

Resultados: Se observa HTO en paciente intervenido con implante de dispositivo de drenaje para glaucoma tipo Ahmed que requiere retirada de aceite de silicona quirúrgicamente a pesar de llevar a cabo una técnica diferente a la habitual que ya había tenido éxito en casos previos similares, que se adjuntan al caso.

Conclusiones: Ante un GS a aceite de silicona con válvula de Ahmed y paso de material a CA tenemos varias opciones de actuación: Observación y seguimiento de la córnea y de la PIO, evitando que la silicona obstruya el tubo de drenaje; o retirada de silicona. En nuestra experiencia, la observación fue una opción exitosa en un paciente con un cuadro similar de 6 años de evolución. Sin embargo, la HTO de nuestro paciente obligó a programar la retirada de silicona de manera quirúrgica.

DISCUSIÓN PÓSTER SESIÓN III

Sábado 9 de Marzo de 11:00 a 11:30 horas

Discutidores: Dr. Jaime Vila

Dr. Enrique Fuentemilla

Paneles Nos.: 16 al 22

16 Influencia de la cirugía de glaucoma en la uveítis hipertensiva: un estudio descriptivo

Carlos Rodríguez Balsera, Darío Álvarez Fernández, Ronald Mauricio Sánchez Ávila, Marta Álvarez Coronado, Carmen Junceda Moreno, Samuel Laría Blanco
Hospital Álvarez-Buylla. Mieres. Asturias

Propósito: La relación existente entre glaucoma y uveítis es de sobra conocida: el glaucoma puede preceder, coexistir o ser consecuencia de la uveítis.

Presentamos un estudio observacional y retrospectivo basado en 6 pacientes operados en nuestro servicio entre los años 2010 y 2014. Con él pretendemos demostrar la eficacia y

seguridad de las distintas técnicas quirúrgicas filtrantes para el control de estos procesos inflamatorios.

Método: Los pacientes seleccionados tenían mal control tensional a pesar del tratamiento médico máximo.

Establecimos como variables a estudio: la agudeza visual (AV), la presión intraocular (PIO) y el número de fármacos y brotes uveíticos y las analizamos previo a la cirugía y tras la misma en controles sucesivos.

Además registramos otros datos demográficos de interés.

Definimos éxito completo como aquellos pacientes que mantenían unas PIOs entre 4 y 21 mmHg sin necesidad de tratamiento hipotensor y sin pérdida de AV y relativo en aquellos casos donde fue necesario el uso de al menos un fármaco hipotensor.

Resultados: – Se obtuvo un éxito relativo en el 100% de los pacientes, reduciendo el uso de fármacos en todos ellos, así como el número de brotes inflamatorios.

– A partir del año de seguimiento la necesidad de tratamiento coadyuvante se hacía cada vez más patente.

– La AV se mantuvo aceptablemente conservada o ligeramente descendida, lo que se relacionó con la evolución de la catarata debida al uso de mitomicina.

– La esclerectomía profunda no perforante (EPNP) fue la técnica que registró la menor tasa de rebrotes inflamatorios realizándose goniopunción con laser YAG en todos los casos de forma precoz.

Conclusiones: El análisis de las variables propuestas demuestra que los distintos cuadros de glaucomas uveíticos (ciclitis heterocrómica de Fuchs, herpes y uveítis idiopáticas) se controlaron de forma eficaz con las cirugías de glaucoma propuestas según el caso y las características del paciente (EPNP, trabeculectomía, válvula de Ahmed).

17 Resultados de pruebas estructurales neuroretinianas tras implante de lente epicristaliniana de colámero

Ignacio Rodríguez Uña, Susy Pachón, Pedro P. Rodríguez Calvo
Instituto Oftalmológico Fernández-Vega. Oviedo. Asturias

Objetivos: Comparar el resultado de las pruebas estructurales que evalúan la papila del nervio óptico, la mácula y la capa de fibras nerviosas de la retina (CFNR) antes y después de la implantación de una lente intraocular (LIO) epicristaliniana de colámero con orificio central, en sujetos con miopía y/o astigmatismo.

Material y métodos: Se reclutaron pacientes con defectos refractivos ≤ -12 dioptrías (D) esféricas y ≤ 6 D cilíndricas, sometidos a implantación de ICL-V4c® (STAAR Surgical, Suiza). Se midieron los principales parámetros de los siguientes dispositivos: tomografía de coherencia óptica (OCT) Optovue (Optovue Inc., EEUU) y Cirrus (Carl Zeiss Meditec, EEUU); y HRT-III (Heidelberg Engineering, Alemania). Los mismos estudios se repitieron 1 semana, 3, 6 y 12 meses después de la cirugía.

Resultados: Se incluyeron 54 ojos de 28 pacientes (edad media $28,6 \pm 5$ años), con defecto esférico $-6,6 \pm 1,8$ D, y defecto cilíndrico $-1,1 \pm 0,9$ D. La potencia de la ICL fue $-8,3 \pm 2,3$ D. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas (preoperatorio vs 1 año postoperatorio) en ninguno de los parámetros de Optovue: espesor medio de la CFNR $99,3 \pm 9,8$ μ m y $93,7 \pm 6,4$ μ m ($p=0,64$); espesor medio de la capa de células ganglionares (CCG) $91,6 \pm 6,7$ μ m y $91,8 \pm 6,5$ μ m ($p=0,31$); FLV (pérdida focal de volumen) $1,9 \pm 4,2\%$ y $1,2 \pm 1,7\%$ ($p=0,77$); Cirrus: espesor medio de la CFNR $85,9 \pm 10,3$ μ m y $81,7 \pm 4,7$ μ m ($p=0,18$); cociente excavación/papila (E/P) vertical $0,3 \pm 0,2$ y $0,4 \pm 0,2$ ($p=0,10$); espesor macular: $262,1 \pm 19,4$ μ m y $277,9 \pm 13,2$ μ m ($p=0,46$); espesor medio de la CCG $77,3 \pm 9,3$ μ m y $76,6 \pm 6,9$ μ m ($p=0,95$); y HRT: cociente E/P $0,4 \pm 0,2$ y $0,3 \pm 0,2$ ($p=0,44$); área del anillo neuroretiniano $1,4 \pm 0,4$ mm^2 y $1,4 \pm 0,3$ mm^2 ($p=0,31$).

Conclusiones: El implante de ICL-V4c no modificó el resultado de las principales pruebas diagnósticas estructurales de glaucoma, en comparación con los datos preoperatorios. Esta LIO no supondría un obstáculo para la realización fiable de las mismas en el seguimiento de estos pacientes.

18 CPAP como Terapia Adyuvante en la Estabilización del Glaucoma Normotensivo: A propósito de un caso

Álvaro Rodríguez Castelblanco, Carlos Lobato Fuertes, Ana Garrote Llorden
Complejo Asistencial Universitario de León. León

Objetivo: La relación entre el Síndrome de apnea Hipopnea del sueño (SAHS) y el glaucoma normotensivo (GNT) ya está establecida en la literatura. Existe evidencia que señala que el tratamiento con CPAP en pacientes con SAHS estabilizaría la progresión glaucomatosa. Este póster tiene por objetivo mostrar los resultados en el tiempo de la terapia combinada del GNT y el SAOS en un paciente de nuestro servicio.

Material y método: Estudio transversal de carácter descriptivo de un paciente referido a la unidad de glaucoma del Hospital de León con diagnóstico establecido de GNT mediante criterios clínicos y campimétricos y de SAHS mediante polisomnografía (índice de apnea hipopnea o IAH) y escala Epworth. Datos obtenidos mediante revisión de fichas clínicas y contraste de resultados con artículos atingentes de la literatura científica actual.

Resultados: Tras más de 2 años de seguimiento desde la instauración del tratamiento con CPAP e implante de válvulas de Ahmed en ambos ojos, tanto las agudeza visual (AV), la PIO y las excavaciones papilares del paciente descrito se han mantenido estables y sin progresión significativa, así como también la perimetría que muestra estabilidad en el índice de campo visual (VFI) y análisis de tendencias.

Conclusiones: El SAHS es un importante factor de riesgo en el desarrollo de la neuropatía óptica glaucomatosa.

El tratamiento con CPAP podría ser efectivo en la estabilización del GNT con clínica de SAHS, sin embargo, en casos progresivos, conviene asociar tratamiento de la PIO mediante medicación o técnicas quirúrgicas.

Los pacientes con GNT que siguen progresando a pesar del tratamiento deberían ser interrogados de forma dirigida para descartar SAHS u otras alteraciones del sueño.

Los pacientes con SAHS que estén tratados con CPAP deberían visitar al oftalmólogo para la realización de un cribado de glaucoma.

19 Oclusión hemicentral de vena retiniana inferior por hipotonía secundaria a poro conjuntival en paciente con glaucoma pseudoexfoliativo: a propósito de un caso

Irune Ortega Renedo, Ana Ibáñez Muñoz, María Chacón González, Leticia Rodríguez Vicente, María Rozanova Klecheva, Óscar Rúa Galisteo, Alexandra Arrieta Los Santos, María Ester Lizuain Abadía
Hospital San Pedro. Logroño. La Rioja

Objetivos: Presentar un caso de oclusión de la vena central de la retina como posible complicación de la hipotonía derivada de un poro conjuntival tras cirugía de glaucoma.

Material y métodos: Paciente mujer de 84 años con glaucoma pseudoexfoliativo avanzado en ambos ojos, que es intervenida en su ojo derecho (OD) de trabeculectomía clásica con MMC 0,2 mg/ml. Presentaba cirugía de trabeculectomía en el ojo izquierdo (OI) en trata-

miento con cusimolol. A la exploración oftalmológica preoperatoria en OD presentaba una agudeza visual de 0.7, una presión intraocular (PIO) de 18mmHg con máximo tratamiento médico, una excavación papilar de 0.9 y un islote de visión inferior.

Resultados: A los 15 días de la cirugía, la paciente aqueja visión borrosa y la agudeza visual ha disminuido a 0.1. La PIO es de 2mmHg con ampolla plana y se objetiva ojal en el área de la ampolla. El examen fundoscópico revela hemorragias retinianas en la mitad de la retina inferior con edema macular. Ante el diagnóstico de la oclusión hemicentral de vena retiniana inferior con edema macular y poro conjuntival, se procede a hacer un recubrimiento con trasplante de membrana amniótica y se inicia tratamiento con antiVEGF.

Discusión: El uso de MMC como coadyuvante en la cirugía de glaucoma incrementa la posibilidad de complicaciones severas. Una de las complicaciones descritas es la aparición de poros conjuntivales por la isquemia conjuntival, asociadas a un mayor riesgo de infección, blebitis e hipotonía. Se ha descrito la oclusión venosa secundaria a la hipotonía en el postoperatorio temprano de una trabeculectomía. Nosotros, hemos obtenido un buen resultado con el uso combinado de membrana amniótica y antiVEGF.

20 Coroiditis serosa central y Latanoprost: A propósito de un caso

Juana Martínez Morales, Sara Marco Monzón, Isabel López Sangrós, Miguel Ángel Broto Mangués, Juan Ibáñez Alperter
Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa». Zaragoza

Objetivo: El tratamiento con Latanoprost como tratamiento de primera línea para disminuir la presión intraocular está aceptado mundialmente tanto por su buena tolerancia como por su efectividad.

Son ampliamente conocidos los efectos secundarios de este tratamiento, como la hiperemia conjuntival, coloración palpebral, pigmentación iridiana, aumento del espesor y longitud de las pestañas y edema macular cistoide.

Presentamos el caso de un paciente que debutó con un episodio de retinopatía serosa central como posible complicación a tratamiento con Latanoprost.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente de 45 años, diagnosticado de hipertensión ocular significativa unilateral con agudeza visual absolutamente conservada, en el que se inicia tratamiento con Latanoprost en el ojo derecho.

Tras siete semanas de tratamiento el paciente acude al servicio de urgencias manifestando visión borrosa y metamorfopsia en ojo derecho aproximadamente de dos semanas de evolución. Presenta una agudeza visual de 0.6 en ojo derecho y 1 en ojo izquierdo.

A la exploración no presenta anomalías ni signos de inflamación en polo anterior y su presión intraocular es normal (16mmHg).

La funduscopia revela la presencia de edema macular en el ojo derecho, que se reafirma con SS-OCT.

Resultados: Se decide suspender el tratamiento con Latanoprost y se sustituye por Brinzolamida. Tras el seguimiento durante semanas del paciente se resuelven sus síntomas y su agudeza visual se recupera hasta alcanzar la unidad. El desprendimiento seroso se resuelve totalmente.

Conclusiones: Este caso demuestra una posible relación entre el tratamiento con Latanoprost y desprendimiento seroso central. El desprendimiento seroso debe tenerse en cuenta al instaurar tratamiento con análogos de las prostaglandinas en pacientes con riesgo.

21 **ELT versus OMNI: modificaciones angulares estudiadas mediante OCT-SA y gonioscopia**

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

Objetivos: ELT y OMNI son dos novedosas técnicas quirúrgicas MIGS que tratan la vía de drenaje trabecular.

Describir y comparar los cambios anatómicos visibles mediante OCT de segmento anterior (OCT-SA) y gonioscopia que acontecen tras llevar a cabo el procedimiento de trabeculostomía con láser excímer (ELT) y la viscodilatación con trabeculotomía realizada con OMNI en pacientes con glaucoma de ángulo abierto.

Material y métodos: Se realiza el seguimiento secuencial de pacientes intervenidos mediante ELT y OMNI mediante OCT-SA (CASIA) y goniofotografías hasta los 6 meses de postoperatorio.

De esta manera se puede ver la evolución de manera visual de la trabeculostomía y de la trabeculotomía realizada con ambas técnicas, así como su evolución en el tiempo.

Resultados: El seguimiento de los pacientes permito visualizar la evolución de las alteraciones angulares producidas por ambas técnicas. Las imágenes de OCT-SA y el examen de gonioscopia revelaron el estado de las osteomías en el preoperatorio inmediato y los cambios que se conformaron en el seguimiento a 3 meses. Las modificaciones en los pacientes operados con OMNI muestran las amplias zonas de trabeculotomía.

Conclusiones: El seguimiento y registro mediante imagen del mismo permite evaluar de una manera holística el seguimiento de los pacientes sometidos a ELT y OMNI. Las osteomías y la trabeculotomía evolucionan en los meses consecutivos a la cirugía y su desarrollo juega un papel crucial en el entendimiento del éxito o fracaso de la cirugía.

22 **Glaucoma de presión normal o drusas de nervio óptico. A propósito de un caso clínico**

María Ester Lizuain Abadía, Ana Ibáñez Muñoz, Iruñe Ortega Renedo, María Chacón González, Leticia Rodríguez Vicente, Óscar Rúa Galisteo, Alexandra Arrieta Los Santos

Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja.

Objetivo: Plantear la controversia en el diagnóstico diferencial entre glaucoma y drusas de nervio óptico.

Material y métodos: Las drusas del nervio óptico constituyen formaciones globulosas hialinas, contienen una pequeña cantidad de calcio, lo que determina que sean estructuras parcialmente calcificadas. Suelen ser bilaterales y asimétricas.

Presentamos a una paciente mujer de 56 años que acude a una revisión rutinaria. Su agudeza visual era de 1.0 en ambos ojos, el polo anterior normal y PIO de 15 mmHg. En el fondo de ojo se detectaron papilas sobreelevadas, mal definidas con aspecto calcificado y en el ojo izquierdo destacó una persistencia de fibras de mielina. Ante la sospecha de drusas de nervio óptico se completó el estudio. La autofluorescencia objetivó concreciones hiperautofluorescentes en ambas papilas concordantes con los depósitos cálcicos por ecografía. En la gonioscopia, el ángulo estaba abierto. La campimetría constató un escalón nasal en el OD y un escalón nasal con arciforme superior en el ojo izquierdo. En la OCT de CFNR había un defecto prácticamente generalizado OD y un defecto inferior y nasal en OI. La OCT de CG mostró un defecto generalizado en el ojo derecho mientras que la del ojo izquierdo estaba dentro de límites normales.

Resultados: Este tipo de pacientes plantea controversia en el seguimiento, no está claro si es posible atribuir todo el daño funcional y estructural a la presencia de drusas de nervio óptico o es conveniente considerar que podría existir una neuropatía glaucomatosa de presión normal subyacente y actuar en consecuencia.

Conclusión: Es conocido que tanto las drusas de nervio óptico como el glaucoma pueden ocasionar defectos campimétricos progresivos y alteración en el patrón de OCT porque generan adelgazamiento de la capa de fibras nerviosas, a día de hoy estos pacientes siguen suponiendo un reto a los especialistas al desconocer la repercusión de cada factor en la progresión de la neuropatía.

DISCUSIÓN PÓSTER SESIÓN IV

Sábado 9 de Marzo de 11:00 a 11:30 horas

Discutidores: Dra. Carmen Cabarga

Dra. Carmen Méndez

Paneles Nos.: 23 al 30

23 OCT de CFNRp y CCGm en el diagnóstico diferencial de glaucoma. A propósito de una Neuropatía Alcohólica-Tabáquica

Cristina Lara Diestre, Lourdes Vidal Oliver, Jose Miguel Villaplana Mora, Vicente Tomás Pérez Torregrosa, Antonio Duch Samper, Antonio Barreiro Rego

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia

Objetivos: La importancia de realizar tanto OCT de capa de fibras nerviosas peripapilares (CFNRp) como de capa de células ganglionares maculares (CCGm) para el diagnóstico diferencial del glaucoma.

Se presenta una neuropatía tóxica alcohólica-tabáquica atribuida inicialmente a glaucoma por presentar una PIO elevada y un daño papilar bilateral.

Material y métodos: Paciente de 47 años, eslavo, con dificultad en nuestro idioma y enviado por sospecha de glaucoma y severa pérdida de visión. Presentaba una agudeza visual de OD 'cuenta dedos a 1 metro' y OI 0,1. PIO 24 mmHg en ambos ojos y papilas pálidas con excavación 0,7.

Se remitió a nuestro Servicio para «estudio de glaucoma» donde se realizó una exploración clínica completa y exploraciones complementarias.

Resultados: Presentaba una anisometropía hipermetrópica con ambliopía severa en su ojo derecho. Paquimetrías corneales > 620 micras. El OD solo conserva unos islotes de visión temporal con un IFV del 8%. Y en el OI diversos escotomas paracentrales, escalón nasal y temporales con un IFV de 58%. El ERG, EOG y RMN fueron normales. Presentando un retraso en la latencia y una disminución de la amplitud en los PEV. La OCT de CFNRp era normal con grosores promedio de 100 y 90 micras y excavaciones papilares verticales de 0,7 en papilas grandes. La OCT de CCGm presenta un grave deterioro generalizado con grosores promedio de 53 y 42 micras.

Todo ello nos induce al diagnóstico de neuropatía bilateral diferente al glaucoma. Interrogado de nuevo, reconoce un importante hábito alcohólico y tabáquico. En el Servicio de Neurología se le pauta vitamina B, ácido fólico, dieta y hábitos saludables.

Conclusión: El glaucoma puede coexistir o ser simulado por otras neuropatías de diversas etiologías. En el presente caso realizar tanto la OCT de CFNRp como la CCGm, que mostraron una importante incongruencia, nos ayudó a diagnosticar una neuropatía alcohólica-tabáquica que inicialmente se había diagnosticado de glaucoma.

24 **Concordancia entre las medidas de la papila óptica obtenidas con la tomografía de coherencia óptica de dominio Fourier y Swept Source en pacientes con glaucoma y sano**

Bachar Kudsieh, José Ignacio Fernández-Vigo Escribano, Inés Hernández de los Reyes, José María Ruiz Moreno, José Ángel Fernández-Vigo López
Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

Objetivos: Evaluar la concordancia entre las mediciones de la papila del óptico obtenidas con tomografía de coherencia óptica (OCT) de dominio de Fourier (FD) y la Swept Source (SS), tanto en sujetos sanos como en pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto (GPA).

Materiales y métodos: Se realizó un estudio transversal de los ojos derechos de 118 sujetos. En cada participante, las medidas del área del disco, la relación copa disco (CDR), la relación vertical de copa disco (VCDR), el área del anillo y su volumen se realizaron de forma consecutiva mediante FD-OCT y luego SS-OCT. También se registraron la edad de los participantes, el género y el equivalente esférico. El acuerdo entre los dos dispositivos se evaluó mediante los coeficientes de correlación intraclase (ICC) y los gráficos de Bland-Altman.

Resultados: La muestra del estudio comprendió 95 ojos sanos y 23 ojos con glaucoma. La edad media de los participantes fue de $48,6 \pm 20,0$ años, el 54,2% eran mujeres y la media del equivalente esférico fue de $-1,6 \pm 3,0$ dioptrías. Las mediciones de FD-OCT y SS-OCT respectivamente fueron: media de área del disco 1.79 ± 0.3 vs 1.83 ± 0.3 mm² (ICC = 0.71), media CDR 0.38 ± 0.2 vs 0.33 ± 0.2 (ICC = 0.91), media VCDR 0.58 ± 0.2 vs 0.52 ± 0.2 (ICC = 0.92), media de anillo 1.05 ± 0.4 mm² vs 1.03 ± 0.5 mm² (ICC = 0.29), y el volumen de anillo 0.14 ± 0.11 vs 0.21 ± 0.17 mm³ (ICC = 0.53). Se observó una buena concordancia entre los dispositivos para el área del anillo y el volumen del anillo en los sujetos con glaucoma (ICC = 0,76 y 0,68 respectivamente), mientras que se observó una concordancia débil para estas variables en los sujetos sanos (ICC \leq 0,50).

Conclusiones: Las mediciones de CDR y VCDR proporcionadas por FD y SS OCT mostraron un excelente acuerdo para toda la cohorte. Cuando los dispositivos se utilizaron para las mediciones de la anillo, el acuerdo fue excelente solo en los pacientes con GPA.

25 **Evaluación del porcentaje de identificación y el tamaño del cuerpo ciliar mediante tomografía de coherencia óptica Swept Source en adultos sanos**

Bachar Kudsieh, José Ignacio Fernández-Vigo Escribano, Hang Shi, Inés Hernández de los Reyes, José María Ruiz Moreno, José Ángel Fernández-Vigo López
Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

Objetivo: Evaluar el porcentaje de identificación, la longitud y el grosor del cuerpo ciliar (CC) en vivo empleando la tomografía de coherencia óptica Swept Source (SS-OCT) en una población de controles sanos.

Métodos: Estudio transversal de 88 ojos de 44 sujetos. Se midió la longitud y el grosor del CC a 1000 μ m (G1), 2000 μ m (G2) y 3000 μ m (G3) desde el espólón escleral con SS-OCT DRI-Triton® (Topcon, Tokio, Japón) en los cuadrantes temporal y nasal. Se estudió la correlación entre el tamaño del CC y la edad.

Resultados: La edad media fue $43,5 \pm 16,9$ años, siendo mujeres el 68,2%.

Se ha identificado la longitud del CC en 72% y 76% en los cuadrantes temporal y nasal respectivamente. La longitud media del CC en el cuadrante temporal fue 4196 ± 635 μ m, siendo en el cuadrante nasal 4175 ± 817 μ m. El grosor medio en el cuadrante temporal fue: G1: 586

± 101 ; G2: 372 ± 106 ; G3: $202 \pm 87 \mu\text{m}$, siendo en el cuadrante nasal G1: 556 ± 104 ; G2: 339 ± 109 ; G3: $195 \pm 75 \mu\text{m}$. Existió una correlación débil entre el tamaño del CC y la edad.
Conclusiones: La SS-OCT permite identificar y medir la longitud y el grosor del CC en porcentaje alto de adultos sanos.

26 Uso de diferentes cuestionarios para mejorar el conocimiento acerca del Glaucoma, el cumplimiento terapéutico y la comunicación con nuestros pacientes

Emma Beatriz Ausín González, Luis Carlos Medina Cuadrado
Hospital universitario Infanta Leonor. Madrid

Objetivos: – Conocer el grado de conocimiento acerca del Glaucoma en nuestros pacientes usando el Test modificado de Batalla,
– Valorar con métodos objetivos indirectos como el Cuestionario de Morinsky-Green y Test de Hermes, el grado de cumplimiento terapéutico,
– Mejorar el conocimiento de nuestros pacientes y la comunicación con ellos.

Material y métodos: Analizamos un subgrupo de pacientes con Glaucoma primario de ángulo abierto leve/moderado (Clasificación Hodapp), en tratamiento tópico hipotensor 18 -24 meses.

En consulta rutinaria realizamos los cuestionarios. Período seleccionado: agosto-octubre 2018

Resultados: Resultados de un total de 83 pacientes: edad media: 71,45 años (54-78); 49 ♀ y 34 ♂. Un 15,66% (13/83) muestran en el Test modificado de Batalla no tener conocimiento sobre el Glaucoma: 9 desconocen si es una enfermedad para la toda la vida, de los cuales 6 no saben si se puede controlar con medicación y qué les puede ocurrir si su presión intraocular está alta. En el Test de Hermes 31% de los pacientes reconocen que a veces se les olvida el tratamiento (26/83) y 36% (30/83) desconocen el nombre de su colirio. En total 14 de 83 (16.86%) obtienen 2 puntos en este test: no cumplidores. En el Test de Morinsky un 19,27% (16/83) resultan no cumplidores.

Conclusiones: La falta de cumplimiento terapéutico en los fenómenos crónicos es común; puede llevar a intensificación de los tratamientos y aumento de costes sanitarios.

Se sugiere utilizar para valorar el cumplimiento, la combinación de dos test validados en diferentes enfermedades: Morinsky-Green y Batalla, por la alta especificidad y valor predictivo positivo del primero y la buena sensibilidad del segundo. Según nuestros resultados, debemos esforzarnos en mejorar el conocimiento y el cumplimiento de nuestros pacientes. Creemos útil emplear estos test en consulta, con alto grado de participación y aceptación. La comunicación médico-paciente es actualmente la mejor estrategia para mejorar la adherencia.

27 Establecer diagnóstico diferencial entre glaucoma primario de ángulo cerrado y cierre angular agudo por topiramato. A propósito de un caso

Patrizia Daniela Ávila Paz, Andrea Lorena Guijarro Alaña, Carmen Rodríguez-Bermejo Guijo, Sonia Pilar Durán Poveda, Laura Guerrero Altares, Irene Platas Moreno, Blanca María Sandoval Cortés

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Objetivo: Establecer diagnóstico diferencial entre glaucoma primario por ángulo cerrado (GPAC) y cierre angular agudo por topiramato.

Métodos: Historia clínica, exploración oftalmológica, campimetría visual (CV) y tomografía de coherencia óptica (OCT) de capa de fibras nerviosas (CFNR).

Caso clínico: Paciente varón de 46 años de edad con antecedente de migraña en tratamiento con topiramato desde hace 1 año, es remitido para estudio de neuropatía óptica derecha. Refiere disminución de agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD) de 2 semanas de evolución; la exploración oftalmológica presenta disminución de AV sin corrección de cuenta dedos (CD) con -5.00 de esfera mejora a 0.5 OD y 1.0 ojo izquierdo (OI), biomicroscopía con cámara anterior estrecha ambos ojos y catarata nuclear 4/10 OD y 1 /10 OI, presión intraocular (PIO) 30mmHg OD y 15mmHg OI, paquimetría 503 micras (μm) OD y 501 μm OI, gonioscopia grado 0/4 todos los cuadrantes salvo inferior OD y grado 2//4 OI, fondo de ojo con excavación papilar 0.8 OD y 0.2 OI. Se realiza CV con resultados no fiables OD, sin alteraciones OI; OCT CFNR 66 μm con defecto absoluto superior e inferior OD y 89 μm sin defectos OI. Se pauta tratamiento con hipotensor tópico combinado y acetazolamida oral, se realizan iridotomías profilácticas y debido a persistencia de PIO elevada y progresión en afectación de CFNR se realiza cirugía combinada de facoemulsificación más implante ExPress con Ologen OD.

Conclusiones: EL GPAC cursa de manera progresiva y crónica, la disposición de iris en meseta es un factor predisponente y la facoesclerosis cristaliniiana es una causa secundaria de cierre angular. El tratamiento con topiramato produce cierres angulares agudos al cabo de 7-10 días de tratamiento debido a efusión uveal con desplazamiento anterior del complejo iridocristaliniano, en estos casos el nervio óptico es normal y la recuperación suele ser rápida y espontánea tras la retirada del fármaco.

28 Hipema de repetición en paciente con Síndrome de Uveítis-Glaucoma- Hipema tratada con ciclodiodo micropulsado transescleral

Carlota Gutiérrez Gutiérrez, Raquel Blanco Soler, Amalia Amanda Chapinal López, José Carlos Escribano Villafruela, Laura Mariñas García, José Luis Urcelay Segura

Hospital Gregorio Marañón. Madrid

Objetivo: Analizar un caso clínico de Síndrome UGH en el que se utilizó el ciclodiodo micropulsado transescleral como tratamiento hipotensor y la posible relación de éste con la reiteración de episodios de sangrado activo.

Material y método: Paciente de 94 años, pseudofáquica desde hace 10 años, con pseudoexfoliación capsular en ojo izquierdo (OI), con antecedentes de hipertensión arterial e isquemia aguda de miocardio en tratamiento con acenecumarol que acude a Urgencias por visión borrosa en OI de 4 días de evolución. En la exploración presenta una uveítis anterior no sinequante sin precipitados endoteliales. Presión intraocular (PIO) 48 mmHg.

Durante el año siguiente (2016) presenta varios episodios de uveítis hipertensivas en OI, controlándose la PIO en 16 mmHg con máximo tratamiento hipotensor tópico. A finales de 2016 presenta un episodio de uveítis con hipema que no responde a tratamiento médico máximo. Se realiza ciclofotocoagulación transescleral con láser diodo micropulsado, bajando la PIO de 32 a 22 mmHg.

Resultados: En 2017 presenta varios episodios de hipema sin hemovítreo de 1-2 mm con PIO controlada con tratamiento hipotensor, corticoides y midriáticos tópicos.

En 2018 se produce un hipema persistente de 4 mm con PIO de 34 mmHg, por lo que se realiza un lavado de cámara anterior (CA), con reaparición del hipema en el postoperatorio inmediato. Dos meses después se realiza nuevo lavado de CA, con inyección de bevacizumab, adrenalina intracamerular y burbuja de aire en CA. Al mes presenta hipema menor de 1 mm y PIO de 32 mmHg. La paciente se encuentra pendiente de extracción de LIO.

Conclusiones: El síndrome UGH es una complicación infrecuente secundaria al implante de LIO que genera un daño mecánico en estructuras del segmento anterior. Por otro lado, en

algunos estudios sobre el laser micropulsado se ha descrito la presencia de hipema y uveítis anterior crónica como complicaciones de dicho procedimiento, si bien hay escasas publicaciones al respecto.

29 Iridosquiasis, a propósito de un caso

Ana Garrote Llordén, Sergio Mahave Ruiz, Carlos Lobato Fuertes, Álvaro Rodríguez Castelblanco, Carlos Plaza Laguardia, Andrea Carrancho García
Complejo Asistencial Universitario de León. León

Objetivo: La iridosquiasis es una rara alteración en la cual ocurre una separación entre las capas del estroma mesodérmico del iris. Aparece típicamente en pacientes ancianos de manera bilateral. Con alta frecuencia se asocia a glaucoma. Sin embargo, no siempre es así, como mostramos a continuación.

Material y métodos: Caso clínico único. Paciente anciano con iridosquiasis bilateral sin alteraciones tomográficas ni campimétricas asociadas a glaucoma.

Se trata de un paciente varón de 91 años sin antecedentes medicoquirúrgicos de interés y sin tratamientos crónicos en la actualidad. Se encuentra en seguimiento periódico en nuestro servicio a causa de la iridosquiasis que presenta. A pesar de este diagnóstico no se aprecian alteraciones en las pruebas realizadas que indiquen la aparición de daño glaucomatoso.

Resultados: El paciente presenta iridosquiasis sin evidencia alguna de desarrollo de glaucoma.

Conclusión: Debido a la alta frecuencia de asociación entre iridosquiasis y glaucoma, la presencia de la primera hace recomendable el seguimiento crónico para detectar la aparición alteraciones glaucomatosas. De este modo podemos iniciar tratamiento en fases precoces de la enfermedad y frenar el desarrollo de la misma. Sin embargo, aunque de manera excepcional, el glaucoma puede no llegar a desarrollarse, como ocurre en el caso que presentamos.

30 Maculopatía retrógrada en un paciente con glaucoma severo y neuropatía óptica

Almudena Caravaca Alegría, M.^a Paz Villegas Pérez
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Objetivos: Presentamos un caso de glaucoma bilateral, neuropatía óptica y edema microquístico perifoveolar en la capa nuclear interna (CNI). Revisamos la maculopatía retrógrada y sus diferentes etiologías. Destacamos la presencia unilateral de este hallazgo en nuestro paciente.

Material y métodos: Varón de 36 años con glaucoma bilateral. MAVC de 0,9 en ojo derecho (OD) y cuenta dedos a 30 centímetros en ojo izquierdo (OI). El polo anterior es normal en ambos ojos (AO). Paquimetría corneal de 522 y 495 micras. Excavación papilar de 0,9 en OD y 1 en el OI. Tensión ocular de 14 mm Hg en AO. Campo visual (CV) en OD con defectos típicamente glaucomatosos y en OI afectación casi total. Tomografía de coherencia óptica (OCT) de círculo de papila con disminución severa y generalizada del espesor de la capa de las fibras nerviosas de la retina en AO. La OCT macular demostró edema macular perifoveolar con microquistes de CNI de la retina en OI. Los potenciales evocados visuales fueron congruentes con neuropatía óptica en OI.

Resultados: La maculopatía retrógrada se caracteriza por la presencia de espacios hiporreflectivos, microvacuolas o edema microquístico en la CNI perifoveal mediante OCT. Se propuso como etiología la degeneración de las células de Müller, la degeneración transináptica retrógrada de neuronas de la CNI, la tracción vítreo-macular y la cirugía de membranas

epi-retinianas maculares. Fue descrita inicialmente en pacientes con esclerosis múltiple, pero aparece en neuropatías ópticas, sobre todo si éstas asocian gran disminución de visión como neuropatías ópticas hereditarias y neuromielitis óptica.

Conclusiones: Nuestro paciente, con maculopatía microquística solamente en el ojo con mayor pérdida visual (con trastorno de conducción nerviosa) apoya la etiología de degeneración neuronal transináptica de la maculopatía.