

Viernes, 6 de marzo

## SESIÓN I

**Moderadores:** Prof. Javier Moreno Montañés  
Dr. Pedro Pablo Rodríguez Calvo

**12:30 h. Cierre angular agudo refractario a tratamiento en paciente anticoagulado y con antecedentes oncológicos. Diagnóstico diferencial**

*June Artaechevarria Artieda, Irene Platas Moreno, José María Torres Tajuelo, Laura Guerrero Altares*  
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

*Caso clínico:* Varón de 89 años con antecedentes de cáncer vesical y colon, fibrilación auricular anticoagulada, hipertensión arterial (HTA) y degeneración macular asociada a la edad (DMAE) tratada con terapia fotodinámica e inyecciones intravítreas. Acudió a urgencias por dolor intenso y disminución de agudeza visual (AV) en ojo izquierdo (OI) de horas de evolución. Presentaba AV en OI de percepción de luz, biomicroscopia con edema corneal, cámara periférica estrecha y desplazamiento anterior del complejo irido-saco lenticular con funduscopia no valorable. La presión intraocular (PIO) OI era 50 mmHg que no disminuyó con tratamiento tópico, oral e intravenoso. En la ecografía se observó una gran masa coroidea hiperecogénica heterogénea. Se realizó estudio de imagen (RMN) descartando tumoración y apuntando a origen hemorrágico de la masa. En ecografía posterior se visualizaron bolsas de DC en contacto. Debido a la PIO incontrolable y el contacto retiniano se retiró la anticoagulación y se realizó drenaje escleral y vitrectomía posterior, evidenciándose una DMAE hemorrágica asociada. Pasados 2 meses la AV en OI es cuenta dedos, PIO 11 mmhg y persisten bolsas de DC, hemorragia subretiniana y fibrosis en polo posterior. No se ha reintroducido anticoagulante.

*Discusión:* Ante la presencia de hipertensión ocular aguda y masa coroidea debe realizarse diagnóstico diferencial entre desprendimiento coroideo (DC) hemorrágico, melanoma y metástasis coroidea siendo el primero más súbito.

Las causas más frecuentes de DC hemorrágico son los traumatismos o cirugías intraoculares. Sus factores de riesgo son la HTA y el tratamiento con anticoagulantes y antiagregantes. En pacientes con estos factores y DMAE se puede producir DC masivo y generar aumento de PIO difícil de revertir. Algunos casos pueden requerir cirugía de drenaje urgente. A pesar de ello, tienen un mal pronóstico visual.

**12:34 h. Queratocono inducido por tratamiento con análogo de las prostaglandinas**

*Marta I. Martínez Sánchez, Sara Rodrigo Rey, Gema Bolívar de Miguel, Julia Cañas Martín, Miguel A. Teus Guezala*  
Hospital Universitario Príncipe de Asturias

*Caso clínico:* El queratocono es una patología degenerativa de origen multifactorial sin una patogénesis clara. Se ha sugerido la implicación de las metaloproteinasas de la matriz, que

inducirían un debilitamiento biomecánico y consecuentemente, cambios en la morfología corneal. Los análogos de prostaglandinas se han relacionado con la progresión del queratocono, sin embargo, presentamos el que creemos es el primer caso de queratocono inducido por análogos de prostaglandinas.

Varón de 44 que acude por disminución AV por el OI, y desde hace 3 meses en tratamiento con latanoprost. Anteriormente había sido examinado para valorar cirugía refractiva con un examen ocular, incluyendo tomografía corneal, normal, aunque finalmente renunció a someterse a dicha cirugía. La agudeza visual es de 1 OD y 0,7 OI con una PIO controlada con latanoprost. La tomografía corneal muestra un queratocono subclínico con una queratometría máxima de 44 DP y una asimetría inferior-superior, con paquimetría corneal normal. Se procede a suspender el tratamiento con latanoprost y cambiarlo a betabloqueantes y 3 meses después la visión y la tomografía corneal se normalizan.

*Discusión:* Este caso refleja el desarrollo de un queratocono tras el inicio de tratamiento con análogos de prostaglandinas en una córnea previamente normal y su regresión tras cesar dicho tratamiento. Hasta donde conocemos, éste es el primer caso de queratocono inducido en una córnea sana por prostaglandinas, las cuales inducen una regulación positiva de las metaloproteinasas (MMP), por lo que podrían producir una proteólisis de la matriz debida al desequilibrio en la expresión de MMP e inhibidores tisulares de las metaloproteinasas, dando lugar a un debilitamiento progresivo de la córnea.

Por lo tanto, es necesario tener en cuenta la posibilidad de que las prostaglandinas debiliten la estructura corneal para detectar las modificaciones corneales lo antes posible y, en consecuencia, retirar el tratamiento mientras los cambios sean reversibles.

## **12:38 h. Extracción de cuerpo valvular y banda de cerclaje en paciente vitrectomizada con cierre angular y dolor crónico asociado**

*Beatriz Rodríguez Aguado, Lorena Almudi Cortés*

Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona

*Caso clínico:* Presentamos una mujer de 52 años que precisa 4 vitrectomías posteriores con banda escleral y aceite de silicona por sucesivos desprendimientos de retina ojo izquierdo. Debuta con hipertensión ocular por cierre angular y sinequias posteriores, con cierre de iridiotomías (IP) a pesar de su reperfusión. Se implanta válvula Ahmed en cámara posterior. A pesar de PIO estable, presenta dolor crónico que no cede con analgesia. Se revisa quirúrgicamente objetivando abundante fibrosis subconjuntival que se retira y se explana banda escleral y cuerpo valvular, manteniendo el tubo valvular ocluyendo su flujo intratubular con sutura no reabsorbible y suturas transfixiantes, con recubrimiento con implante de matriz extracelular. Se consigue control tensional sin hipotensiones y mejoría del dolor ocular.

*Discusión:* La formación de sinequias es una complicación de la vitrectomía derivada de una iritis postquirúrgica relacionada con la fotocoagulación, el uso de silicona y la implantación LIO. El dolor ocular es una complicación de la banda escleral, probablemente relacionada con compresión de nervios ciliares, la miosis provocada por la manipulación muscular o el grado de indexación escleral; y es indicación para su explante. Nos encontramos ante un caso de sinequias y fibrosis tras reintervenciones, e hipertensión ocular asociada a cierre angular y aceite de silicona en cámara vítrea. El dolor crónico nos llevó al explante de estructuras, manteniendo el tubo valvular retroiridiano ocluyendo su luz para mantener una cámara anterior formada y prevenir un nuevo cierre angular completo por la presencia de sinecuras posteriores; consiguiendo un control tensional y del dolor crónico de la paciente, mejorando su calidad de vida.

## 12:42 h. Manejo de glaucoma refractario y descompensación corneal en un síndrome de Axenfeld-Rieger (SAR) previamente implantado de una válvula de Ahmed

Sonia Andreu Natividad, Ferrán Alarcón Correcher, Leyre Sanz Gallén, Vicente T. Pérez Torregrosa, Antonio Barreiro Rego, Antonio Duch Samper

Hospital Clínico Universitario de Valencia

*Caso clínico:* Mujer de 54 años con glaucoma secundario a SAR e intervenida de trabeculectomía bilateral en la adolescencia acude a Urgencias con hipertensión ocular aguda en OI. En el polo anterior se aprecia policoria, corectopia y una catarata nuclear bilateral. La gonioscopia y la OCT de segmento anterior muestran sinequias iridocorneales en los 360° de OI. Se controla el episodio con tratamiento hipotensor y se planifica una cirugía combinada de catarata e implante de válvula Ahmed en región nasal superior hacia el interior de la cámara anterior que se realiza en 2 tiempos con un intervalo de 15 días.

La paciente permanece estable en los sucesivos controles y a los 4 años se observa una discreta descompensación corneal en OI y una tensión ocular de 25 mmHg no controlada médicamente. Se observa una migración del tubo de la válvula de Ahmed hacia el interior, aunque no se evidencia contacto con el endotelio en la OCT. Se trata con solución hiperosmolar y pomada antiedema y plantea una cirugía secuencial en 3 tiempos.

En primer lugar, se realiza maniobra quirúrgica para recortar el tubo. En segundo lugar, se inserta una válvula de Ahmed en el lado temporal superior en la cámara posterior con buena evolución. Y una vez controladas las cifras tensionales se remite a la paciente para un trasplante de células endoteliales o de espesor total para tratar la descompensación corneal refractiva a tratamiento.

*Discusión:* El objetivo de dicho caso es mostrar un ejemplo significativo de un SAF en el cual son necesarias varias técnicas quirúrgicas para lograr tanto el control del glaucoma como de la descompensación corneal.

Existen varias causas que justifiquen una descompensación corneal por contacto intermitente de la válvula de Ahmed como el flujo turbulento del humor acuoso o el contacto directo con el tubo.

El glaucoma refractario en el SAR es un reto terapéutico en el que en ocasiones es necesario un protocolo quirúrgico secuencial para lograr el control del mismo.

## 12:46 h. Recorte de Cypass, a propósito dos casos

Jose Luis Torres Peña, Marta Montero Rodríguez, María Dolores Lago Llinas, Beatriz de Lucas Viejo, Esperanza Gutiérrez Díaz

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

### *Recorte de Cypass*

*Caso 1:* Paciente de 76 años con glaucoma primario de ángulo abierto, a quien se le realizó implante de Cypass en ojo derecho hace 1 año. En el seguimiento presentó buen control de presión intraocular (PIO) y visión estable, sin embargo, se evidenció disminución de células endoteliales ( $1345 \text{ cel/mm}^3$ ). Se decide recorte de implante.

*Caso 2:* Paciente de 78 años con glaucoma primario de ángulo abierto, al que se le implantó Cypass® en ojo izquierdo. Durante el seguimiento, presenta buen control de PIO a pesar de que el implante contactaba con córnea. A pesar de que mantiene el mismo conteo endotelial, se decide recorte de implante.

*Discusión:* El recorte de Cypass® es una maniobra delicada, por la adherencia del dispositivo al tejido coroideo. Se realizó rellenando la cámara anterior con viscoelástico para separar el dispositivo de la córnea. Tras sujeción con pinza del extremo distal, se recortó por debajo de

los anillos con tijera de capsulorexis. Se comprobó la posición del resto del implante con gonioscopia intraoperatoria.

Tras el recorte, se mantuvo el valor de presión intraocular sin mediación en el segundo paciente. El primer paciente precisó de Timolol 0.5% para alcanzar la PIO objetivo. Con esta maniobra se consiguió la estabilización del contaje endotelial a 1 año de seguimiento.

### **12:50 h. Ampolla hipertrófica disestésica tras dispositivo XEN® Gel Stent: manejo y revisión quirúrgica con re-dirección del implante**

*Ana Ibáñez Muñoz, María Rozanova Klecheva, Irune Ortega Renedo, Leticia Rodríguez Vicente, Jency Sosa Durán, Alexandra Arrieta los Santos*

Hospital San Pedro. La Rioja

*Objetivo:* Presentar el caso de un paciente con mega-ampolla tras cirugía de dispositivo XEN® Gel Stent resuelta tras revisión quirúrgica con re-dirección del implante.

*Material y métodos:* Paciente varón 75 años diagnosticado de glaucoma pseudoexfoliativo avanzado en ojo izquierdo que presentó ampolla hipertrófica de 6 a 11 horas después de intervención de implante XEN®. Dado que la ampolla era muy sintomática se inició tratamiento con supresores del humor acuoso sin respuesta, por lo que se decide realizar sutura compresiva con Tissucol®. A las 6 semanas presentó de nuevo una ampolla hipertrófica y se decidió realizar revisión del implante re-direccionándolo superiormente. En primer lugar se procedió a disecar la conjuntiva en área del dispositivo, el cual estaba muy nasalizado. Se realizó una sutura con nylon 10/0 para alejar la punta del XEN® del cuadrante nasal y dirigir el flujo hacia superior. Se disecó la conjuntiva superior para re-direccionar el drenaje del humor acuoso hacia las 12 h. Para delimitar el área de la ampolla en nasal superior se hizo una sutura compresiva con vicryl 8/0 a modo de barrera física a las 3 horas. Finalmente se suturó la conjuntiva con nylon 10/0 y se inyectó 0,1 ml de sangre autóloga en nasal inferior para favorecer la fibrosis en ese cuadrante.

*Resultados:* La mejoría de la sintomatología fue inmediata manteniéndose un buen control de la PIO. A los 2 meses de la cirugía presenta un implante XEN® funcionando, PIO de 14 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 cuando el resto de opciones quirúrgicas han fracasado.

### **12:54 h. Válvula de Ahmed tras cicloabulación con ultrasonidos en glaucoma afaquico**

*Aitor Fernández García, Francisco Poyales Galán, José Bueno*  
IOA Madrid - Innova Ocular / HM Madrid

*Caso clínico:* El manejo de glaucomas complejos, requiere en ocasiones, la realización de diferentes técnicas quirúrgicas a lo largo del tiempo, muchas de ellas complementarias. Presentamos el caso de una paciente con cirugía previa catarata congénita y glaucoma juvenil en el OD. Presenta presiones intraoculares (PIO) no controladas: 36 mm Hg, con una agudeza visual (AV) de 0.1. Por lo complicado del caso, al presentar nistagmus y una AV tan limitada, se decide la realización de una cicloabulación mediada por ultrasonidos (UC3) que se repite en los cuadrantes complementarios a los 2 meses, consiguiendo solamente una reducción parcial de la PIO hasta 24 mm Hg con dos medicamentos. Tras la re evaluación del caso, decidimos la realización de una cirugía valvular, con implante de Ahmed en cuadrante

temporal superior, con la inserción del tubo en cámara anterior a 3 mm del limbo, respetando esclera previamente tratada (que presentaba escleromalacia parcial debido al efecto térmico de los ultrasonidos). El ojo evolucionó favorablemente, bajando la PIO hasta niveles de 14 mm Hg con una medicación, conservando la AV en el rango de 0.1. Presentamos el caso, con campos visuales, topografía de coherencia óptica y fotografías seriadas de la cicloablación y de la implantación de la válvula de Ahmed.

*Discusión:* La realización de varios procedimientos de cicloablación mediada por ultrasonidos, no excluye la posterior introducción de una válvula de Ahmed, respetando las zonas esclerales tratadas previamente.

## **12:58 h. Esclerotomía profunda de alta frecuencia (EPAF/HFDS): MIGS trabecular microablativa. A propósito de una serie de casos**

*Antonio Moreno Valladares, Denisse Michelle Espinosa Encalada, Mónica Martínez Díaz, María Inmaculada Paños Palacios, Nieves Puerto Amorós*

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

*Casos clínicos:* Se presenta una serie de casos de pacientes con glaucoma de ángulo abierto (GAA) tratados mediante FACO-EPAF. Tras la cirugía de catarata se realizaron entre 4 y 6 talamotomías en cuadrante nasal inferior con punta de diatermia «Bee» y se eliminaron los restos hemáticos y de viscoelástico con irrigación/aspiración. El postoperatorio se realizó con Tobramicina-Metilprednisona y Pilocarpina durante 6 semanas. Se registraron las complicaciones intraoperatorias, contaje células endoteliales (CCE), presencia de sinequias y agudeza visual (AV). Se evaluó la PIO y la necesidad de fármacos a la semana, mes, 3 y 6 meses con los siguientes resultados hasta la fecha: Caso 1-Mujer 87 años GCS, 28 mmHg, 3 fármacos. Cirugía sin complicaciones, descenso de PIO a los 3 meses de 10 mmHg (27%) sin medicación, una sinequia localizada. No pérdida CCE. Caso 2- varón GCS, Miope alto, ojo único 24 mmHG con 2 fármacos. Cirugía sin complicaciones, descenso de PIO a los 3 meses de 8 mmHg (34%) sin medicación, no sinequias. Mínima pérdida de CCE. Caso 3-Varón, 54 años GP, 22 PIO, 2 fármacos, hipema intraoperatorio resuelto. Caso 4: Varón 76 años, 24 PIO, 2 fármacos. Cirugía sin complicaciones, datos por completar.

*Discusión:* La EPAF o High frequency Deep sclerotomy, es una técnica MIGS que utiliza una micro punta de diatermia escleral para aplicar ab-interno una corriente de alta frecuencia (500 kHz) a nivel de la malla trabecular, generando de 4 a 6 esclero-talamotomías de 300x 800 micras de diámetro. Dado que el procedimiento genera calor a nivel local, se requiere un óptimo control de la inflamación, evitando tocar el endotelio y el iris, lo cual podría favorecer la aparición de sinequias iridotrabeculares. A pesar de existir una escasa evidencia científica, este procedimiento parece respetuoso con el endotelio corneal y tiene las ventajas de no precisar implante y preservar la conjuntiva, postulándose como una técnica MIGS trabecular altamente coste-efectiva.

## **13:02 h. Uso de Ologen® en la revisión quirúrgica de la ampolla filtrante tras implante XEN®**

*Marina Brocal Sánchez, Arantxa Urdiales Merino, Noelia Druetta, Joana Perelló Barceló, Cátia Costa Jordão, Miquel Fiol Mir*  
Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

*Maniobra:* Presentamos una maniobra quirúrgica novedosa para el rescate de dispositivos XEN® tras fracaso de la filtrante y exponemos nuestra experiencia y resultados. Se trata de la revisión quirúrgica de la ampolla filtrante tras implante XEN® en cuatro pacientes, utilizando matriz de colágeno Ologen® junto a mitomicina C 0,01%.

Hasta la fecha se han realizado en nuestro servicio dos rescates con Ologen® de filtrantes tras la extrusión transconjuntival del implante XEN® y otros dos como rescate primario tras fibrosis de la filtrante. En todos los casos se partía de presiones intraoculares altas (PIO) de 18-24 mmHg a pesar de tratamiento tópico con tres principios activos. Tras la revisión quirúrgica de la filtrante se obtuvo un buen control tensional con PIO de 8-14 mmHg sin tratamiento (seguimiento de 3-14 meses). En los casos en que el motivo de la intervención fue la extrusión se consiguió, además, una buena restitución de la ampolla.

Se aporta documentación audiovisual mostrando la técnica.

*Discusión:* La cirugía mínimamente invasiva con implante XEN® se ha mostrado de utilidad en el control de la PIO en pacientes con glaucoma de ángulo abierto. La principal complicación a largo plazo es la obstrucción del implante por fibrosis subconjuntival siendo la técnica habitual de rescate la revisión con aguja (needling) junto al uso de antimetabolitos.

En cirugía filtrante, la revisión quirúrgica con Ologen® se ha descrito en algunos casos con incluso mejores resultados, sin embargo falta experiencia en su uso en filtrantes por XEN®. En nuestro caso la revisión de XEN® rodeando el extremo subconjuntival del tubo con Ologen® muestra resultados prometedores.

Creemos haber descrito una técnica de gran utilidad en el futuro. No obstante, pese a que nuestros resultados son muy favorables, se requieren estudios comparativos y con mayor muestra para obtener datos significativos respecto a la utilización de esta técnica quirúrgica.

### 13:06 h. **Discusión**

## SESIÓN II

**Moderadores:** Dra. Carolina Pallás Ventayol  
Dr. Fernando Ussa Herrera

### 16:15 h. **Manejo del Glaucoma y Queratopatía en pacientes con Aniridia. A propósito de un caso**

*Isabel Inmaculada Guedes Guedes, Laura Isabel Bernal Montesdeoca*  
Hospital Insular Materno Infantil de Gran Canaria

*Caso clínico:* Paciente de 59 años afecta de aniridia y glaucoma congénitos bilateral, que precisó trabeculectomía y trabeculoplastia láser en ojo izquierdo (OI) hace 15 años. Su agudeza visual (AV) era de cuenta dedos a 1 metro en ojo derecho (OD) y a 50 centímetros OI. La presión intraocular (PIO) es de 15mmHg con tratamiento hipotensor (Acetato de Brimonidina + Timolol y Brinzolamida). Presenta una insuficiencia limbar corneal severa en OI por lo que se plantea la necesidad de una Queratoprótesis (KPro) de Boston tipo 1 en OI. Se realiza en el mismo procedimiento el implante de Válvula de Ahmed. A los 9 meses tras la cirugía la paciente presenta AV de 0.05 con PIO de 5 mmHg sin tratamiento hipotensor y sin signos de progresión de glaucoma.

*Discusión:* La aniridia congénita es secundaria a la mutación del gen PAX-6. Su incidencia se estima en 1:96.000 recién nacidos vivos. La AV de estos pacientes está limitada por la asociación con hipoplasia foveal, glaucoma, queratopatía asociada a aniridia (AAK) y catarata. La incidencia de glaucoma oscila entre 6-75% y es atribuido al cierre angular progresivo por una rotación anterior del iris rudimentario y a la formación de sinequias anteriores periféricas. La AAK es secundaria a una deficiencia de células limbares, por lo que una gran proporción de estos pacientes son sometidos a queratoplastia penetrante o trasplante de stem cells, aunque con una alta tasa de fracaso en ambos procedimientos.

Una de las alternativas para la AAK es la KPro. En el estudio desarrollado por Nascimento et al se demostró una mejoría de AV en el 72,7% de los pacientes con aniridia que habían recibido una KPro Boston tipo 1. Se recomienda implantar un sistema de drenaje previo o de manera concomitante ya que se reduce la tasa de progresión de glaucoma. En base al resultado de múltiples estudios el implante de una KPro de Boston constituye una opción terapéutica en insuficiencias limbares severas asociadas a aniridia y glaucoma.

**16:19 h. Shunt retrobulbar después de fracaso de válvula de Ahmed**  
*Francesc March de Ribot, Jordi Loscos Arenas, William Sponsel, Sylvia Groth, Hannia Ramos, Madeleine Puig, Mario Montelongo*  
Hospital Universitario de Girona

*Objetivo:* El shunt de glaucoma retrobulbar es un stent de silicona fenestrado que redirige el humor acuoso de la cámara anterior hacia el espacio retrobulbar. Tiene utilidad en el control de la presión en fracasos de cirugías de glaucoma previas, por ejemplo derivaciones de tubo fallidas con encapsulación fibrótica.

*Métodos:* Caso clínico y quirúrgico: un hombre de 78 con glaucoma de ángulo cerrado intermitente con hipertensión ocular elevada y pérdida del campo visual, se encuentra en tratamiento con combigan, azopt, y lumigan. La historia quirúrgica del ojo derecho incluye esclerectomía profunda no penetrante con mitomicina C, y posteriormente trabeculectomía con mitomicina C. La historia quirúrgica del ojo izquierdo incluye cirugía con válvula de Ahmed en 2016. Antecedentes médicos de diabetes, presión arterial alta, colesterol y accidente cerebrovascular que afecta el lado izquierdo.

*Resultados:* La cirugía con válvula de Ahmed consiguió inicialmente un buen resultado. La PIO bajó de 41 mmHg, 1 mes después la PIO era de 8 mm Hg, y a los 12 meses la PIO era de 15 mHg. Desgraciadamente la evolución no fue positiva, a los 18 meses la PIO era de 24 mmHg, a los 28 meses de 28 mmHg, y a los 38 meses de 34 mmHg. Se decidió una segunda operación valorando la situación del paciente, con visión de movimiento de manos y presión intraocular elevada no controlada. Se decidió realizar una cirugía con una derivación A2B en el cuadrante nasal superior. El resultado 1 día después la PIO era de 9 mm Hg, a partir del mes se estabilizó en 12 mmHg.

*Conclusiones:* El shunt retrobulbar convierte los fallos de la cirugía de glaucoma a una alta tasa de éxito de manera estable, segura y predecible en el tiempo. Representa una alternativa a la necesidad de realizar otra cirugía de derivación tipo tubo o realizar ciclofotocoagulación. Son necesarios más estudios para demostrar los excelentes resultados del shunt retrobulbar.

**16:23 h. Esclerectomía profunda no perforante como acceso al trasplante corneal lamelar**  
*Jaume Vila Castro, Laura Escudero Bodenlle, Emeterio Orduña Domingo*  
Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca

*Caso clínico:* Paciente de 48 años remitido a la sección de polo anterior por leucoma superficial en su ojo izquierdo secundario a traumatismo hace 14 años. Presenta una agudeza visual no corregida de 0,3 con una refracción de +2.50-2x10°. En la biomicroscopia observamos un leucoma corneal central con opacidad del estroma anterior y edema epitelial. El grosor corneal central medido por OCT es de 530 micras, y el recuento endotelial es de 2473 células con mosaico endotelial normal.

Realizamos un trasplante corneal lamelar anterior desde un abordaje escleral (Sclero-DALK). A los 3 meses de la cirugía el paciente presenta agudeza visual de 0.8, refracción de -1,50 -4 x 50° córnea transparente y no precisa tratamiento.



*Discusión:* Se presenta en video una nueva técnica para realizar una queratoplastia lamelar anterior profunda (DALK) que podría ser una alternativa a la «Big Bubble» o la técnica de Melles, realizando viscodisección de la membrana de Descemet a través de un abordaje del espacio predescemético desde una esclerotomía profunda no perforante (EPNP).

La principal ventaja de esta nueva técnica quirúrgica es que nos permite acceder al espacio predescemético mediante su visualización directa desde el canal Schlemm. La técnica convencional DALK o «Big Bubble» utiliza un reflejo producido por el aire, que no es fácilmente visible y, por lo tanto, es más difícil confirmar que no hay estroma residual.

La principal desventaja es que las futuras cirugías de glaucoma pueden verse comprometidas. Se requiere alguna experiencia en cirugía de glaucoma, especialmente en la realización de la esclerectomía profunda no perforante.

### **16:27 h. Blebitis tardía, disestesia y fuga de la ampolla filtrante: tres complicaciones no simultáneas de un mismo caso clínico**

*Luis Carlos García García, Lucía Rial Álvarez, Daniel Artieda García, Raquel Gutiérrez Ezquerro, Francisco Gosálbez Coalla, José Isidro Belda Sanchís*

Hospital Universitario de Torrevieja. Alicante

*Caso clínico:* Varón de 74 años con antecedente glaucoma primario de ángulo abierto con cirugía de esclerotomía profunda no penetrante en ojo derecho y trabeculectomía en ojo izquierdo. Acude a Urgencias por ojo izquierdo rojo, doloroso con disminución de la visión y fotofobia de una semana de evolución. La agudeza visual mejor corregida es de 0,9 en ojo derecho y 0,34 en ojo izquierdo. Bajo microscopía se observa un infiltrado blanco de la ampolla filtrante del ojo izquierdo asociado a hiperemia conjuntival y reacción leve de la cámara anterior, tomándose muestras para cultivos de exudado conjuntival y de la ampolla. Se realizan inyecciones intravítreas de ceftazidima y vancomicina dejando pautados colirios reforzados de los mismos antibióticos. Al mes de tratamiento hay una completa recuperación del cuadro. Tras 6 meses, vuelve por epifora y sensación de cuerpo extraño en el ojo izquierdo, apreciándose una ampolla disestésica con fuga pasiva y una presión intraocular de 14 mmHg. Se resuelve quirúrgicamente mediante resección completa y conjuntivoplastia.

*Discusión:* La blebitis es una infección relacionada con la ampolla de filtración de cirugía de glaucoma. Puede estar asociada a endoftalmitis, cuando la infección se extiende más allá de la cámara anterior. Los principales factores de riesgo son el uso de antimetabolitos, fugas y manipulaciones de la ampolla, y el tipo de cirugía practicada. El tratamiento es urgente por lo que su diagnóstico precoz y manejo agresivo son claves para un resultado final satisfactorio. La ampolla disestésica es poco frecuente debutando con epifora y malestar en la superficie ocular debido a su distensión, la cual puede requerir una resección parcial o completa, junto con una conjuntivoplastia. La fuga de la ampolla es una complicación grave llegando a provocar daños severos en algunos pacientes, como desprendimiento coroideo o endoftalmitis, y cuyo manejo es conservador o quirúrgico en función del caso y los hallazgos encontrados.

### **16:31 h. Esclerectomía profunda no perforante: Viscodisección de la membrana trabéculo-descemética y maniobra quirúrgica para liberación de incarceration espontánea de iris postoperatoria en la membrana trabéculo-Descemética**

*M.<sup>a</sup> Jesús Muniesa Royo, Néstor Ventura Abreu*

Hospital Clínic de Barcelona

*Casos clínicos:* Presentación del video de la cirugía de dos pacientes con glaucoma de ángulo abierto mediante esclerectomía profunda no perforante (EPNP) y viscodisección de la



membrana trabéculo-descemética (MTD). En ambos casos se implantó matriz de colágeno biodegradable (Ologen®) a nivel subescleral y subconjuntival además de usar mitomicina C al 0,02% durante 2 minutos. Uno de estos pacientes, con síndrome de apnea-hipoapnea del sueño (SAHS) tratada con presión continua de aire (CPAP) y síndrome del párpado laxo, presentó un mes más tarde de la cirugía, una incarceración espontánea del iris en la MTD, por lo que requirió una nueva intervención quirúrgica. El iris incarcerado fue liberado tras realización de una paracentesis y el uso de pinzas de tracción de retina de 25G. Se realizó una iridectomía a ese nivel con la ayuda de un vitreotomo, consiguiendo la liberación completa de la MTD con recuperación de la función filtrante de la EPNP con formación de una ampolla de filtración subconjuntival difusa y buen control tensional a los 6 meses de seguimiento sin recurrencia de la incarceración del iris.

*Discusión:* La viscodisección facilita el pelado de la MTD durante la EPNP y minimiza el riesgo de rotura de la misma durante la cirugía. El implante de la matriz de colágeno biodegradable (Ologen®) a nivel subescleral y subconjuntival como mantenedor de espacio y modulador de la cicatrización hace que no sea necesario el uso de otro implante mantenedor del lago intraescleral en la EPNP. El abordaje de la incarceración postquirúrgica del iris en la MTD a través de la cámara anterior y su tracción para liberar la adherencia junto con la realización de una iridectomía, resulta una maniobra útil para rescatar la filtración a través de la MTD. Los pacientes con SAHS y síndrome del párpado laxo podrían tener un riesgo aumentado de rotura espontánea postquirúrgica de la MTD con incarceración de iris tras una EPNP no complicada.

### **16:35 h. Glaucoma por presión venosa episcleral elevada en paciente con Síndrome de Sturge-Weber. Papel de la esclerotomía profunda no penetrante (EPNP) como tratamiento quirúrgico**

*Raquel Gutiérrez Ezquerro, Lucía Rial Álvarez, Luis Carlos García García, Daniel Artieda García, Francisco Gosalbez Coalla, José I. Belda Sanchís*

Hospital Universitario de Torrevieja. Alicante

*Caso clínico:* Se presenta el caso de un varón de 68 años, británico, con diagnóstico de Síndrome de Sturge-Weber tipo II y glaucoma secundario por presión venosa episcleral (PVE) elevada en el ojo izquierdo (OI).

Antecedentes de trabeculectomía hace más de 10 años en Reino Unido. Con el paso del tiempo fue precisando tratamiento médico hasta llegar a terapia máxima hipotensora con tres fármacos. A la inspección se aprecia angioma facial izquierdo con afectación de párpado superior y en la exploración con lámpara de hendidura presenta en OI tortuosidad de vasos conjuntivales en sacacorchos y quemosis, así como fibrosis de la ampolla de filtración. En el fondo de ojo destaca una excavación papilar de 0,8, siendo la excavación del ojo contralateral de 0,2. La presión intraocular (PIO) en OI era de 23 mmHg mientras en el ojo derecho era de 18 mmHg. Se objetiva progresión tanto funcional en campo visual como anatómica en OCT.

Asumiendo el riesgo elevado de sangrado, se realiza bajo anestesia general una cirugía EPNP en localización temporal superior con implante supracoroideo y uso de MMC al 0,02%. Tras 10 días de la cirugía, la PIO está en 3 mmHg y 1 mes después de la misma, se mantiene con una PIO en 11 sin ningún medicamento hipotensor.

*Discusión:* Debemos recordar el papel de la PVE en la PIO. El glaucoma secundario a PVE elevada es una entidad de difícil manejo tanto médico como quirúrgico con mayor número de complicaciones asociadas debido a que puede causar un colapso del canal de Schlemm pero puede también alterar el flujo uveoescleral. Presentamos este caso como medio de estudio de la EPNP como primera o segunda opción en el manejo de esta patología.

### 16:39 h. **Maculopatía hipotónica con presiones «normales»**

*María Elena Bosa López, Celia Fusté Fusares, Juan José Molina Fernández*

Hospital universitari Mútua Terrassa. Barcelona

*Caso clínico:* Un varón de 54 años emélope acude para valorar cirugía filtrante por una hipertensión ocular bilateral no controlada con acetazolamida oral. Presentaba una agudeza visual (AV) lejana sin corrección de 20/20 en ambos ojos y una presión intraocular (PIO) de 40 y 42 mmHg, con una paquimetría de 567 y 569 micras respectivamente. La campimetría y la OCT no mostraban alteraciones. Se realizó una esclerectomía profunda no perforante (EPNP) en ambos ojos con una semana de intervalo, sin incidencias intraoperatorias. A las 4 y 3 semanas respectivamente, la PIO era de 10 y 13 mmHg y la AV era de 20/20 en ambos ojos. A los 4 meses se inició una disminución de AV progresiva, objetivándose pliegues maculares bilaterales. Se realizó inyección de sangre autóloga en ambas ampollas, aumentando ligeramente la PIO, pero persistiendo los pliegues. Aparecieron cataratas subcapsulares de rápida evolución, que se intervinieron sin incidencias. La disminución visual progresiva continuó, siendo al mes de la cirugía de 20/100 en su ojo derecho y 20/400 en su ojo izquierdo. La PIO entonces era de 14 y 24 mmHg.

Se decidió realizar una vitrectomía con peeling de la MLI e inyección de SF6 al 20% en el ojo izquierdo, con resolución de los pliegues, pero apareciendo una hipertensión ocular del orden de 48 mmHg persistente tras la eliminación del gas. Se implantó un dispositivo Xená, controlándose la PIO pero reapareciendo los pliegues.

Al año y medio de la EPNP, el paciente presenta una AV de cuenta dedos a 50 cm en su ojo derecho y de movimiento de manos en su ojo izquierdo, pliegues maculares y una PIO de 24 y 22 mmHg.

*Discusión:* La maculopatía hipotónica consiste en un colapso de la esclera que se traduce en pliegues en las capas más internas (coroides y retina). Puede conllevar cambios irreversibles en el epitelio pigmentario y en los fotorreceptores. Nuestro paciente presentó dicho cuadro con PIO no inferior a 10 mmHg y cronicándose a pesar del aumento de ésta.

### 16:43 h. **Glaucoma maligno agudo y crónico: cuando todo se complica**

*María Rojo Arnao, Ricardo Menoyo Calatayud, Miguel Ángel Gallego Domingo, M.ª Ángeles González Garrido, Giovanni Yáñez Castro*

Hospital Virgen De La Luz. Cuenca

*Introducción:* Plantear la dificultad diagnóstica de un glaucoma maligno crónico y sus posibilidades terapéuticas.

*Caso clínico:* Todo se inició en el año 2010 cuando la paciente de 75 años, pseudoafáquica de AO, se intervino de Válvula de Ahmed en su ojo izquierdo. Presentó un glaucoma maligno en dicho OI en el postoperatorio inmediato que si bien cedió con tratamiento médico y LASER le dejó como secuela descompensación corneal y precisó la retirada de la válvula en el año 2015.

En el seguimiento la paciente empieza a presentar en su ojo derecho sin glaucoma un estrechamiento de cámara anterior que inicialmente se atribuye al tratamiento sistémico de la paciente. En OD no se inicia tratamiento hasta meses después cuando empieza a subir la PIO pero a pesar del tratamiento la cámara se sigue estrechando y se empiezan a formar sinequias anteriores periféricas. Puesto que la paciente no quería realizarse ninguna intervención quirúrgica se realiza en OD iridoplastia e iridotomías que tienen éxito un corto espacio de tiempo; finalmente ante la subida cada vez mayor de PIO y el daño del nervio se programa implante de dispositivo de Baerveldt con Vitrectomía pars plana e hialo-cápsulo-iridectomía para convertir al ojo en unicameral. Tras esta cirugía la cámara se amplía y la tensión al fin desciende.

*Conclusión:* Esta forma tan infrecuente de glaucoma secundario, apenas descrita en la literatura, supone un reto diagnóstico y precisa un correcto manejo para evitar complicaciones graves e irreversibles a medio y largo plazo

#### **16:47 h.    Microshunt de Rescate Rescatado**

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

Mujer de 18 años remitida de otro centro para valoración.

AF: bisabuelo, abuelo, padre y tíos con glaucoma.

AP: Glaucoma de debut a los 6 años controlada con tratamiento médico hasta los 15 años. Express+ Ologen OI 2016.

Implante válvula Ahmed OI 2019.

AV: OD: 1.

OI: 0.8 E° NM.

BMC: OI: Escasa ampolla de filtración. Tubo intraocular en CA. Implante Ex-Press a las XII.

PIO: 20 mmHg (tratamiento tópico + Edemox).

FO: E/P total.

OCT: CFNR en efecto suelo (G 35).

CV: OI: islote central.

Dado que el cuadrante nasal superior estaba libre decidimos implantar Microshunt OI que se llevó a cabo sin complicaciones.

A los 15 días presenta PIO de 25 mmHg con escasa ampolla de filtración por lo que decidimos hacer revisión de la cirugía.

*Vídeo:* Realizamos disección conjuntival y de Tenon. Observamos el extremo distal del tubo atrapado por las fibras del músculo recto lateral y envuelto, a su vez, por una capa de fibrosis. Liberamos el tubo, asegurándonos de la localización del recto lateral para lo cual usamos un gancho de sujeción. Comprobamos la permeabilidad del implante. Dada la buena filtración del mismo, optamos por redirigir la luz del tubo hacia atrás, lejos de las fibras del recto lateral, sujetándolo con un punto de nylon en mariposa, asegurándonos de no ocluir la luz del tubo y comprobando de nuevo la filtración.

Posteriormente colocamos un implante de Ologen que lo dividimos en dos mitades; una colocada hacia atrás, creando un espacio para la formación de la ampolla de filtración y otra encima de la luz del tubo. A continuación suturamos con nylon de 10/0 en dos planos: primero Tenon y después conjuntiva.

Actualmente la PIO es de 11 mmHg sin tratamiento.

*Conclusiones:* El implante Preserflo Microshunt puede ser una buena alternativa como cirugía de rescate, incluso en paciente fáquicos, y la redirección de la luz del tubo parece no influir negativamente en los resultados de su funcionamiento.

#### **16:51 h.    Discusión**