

DISCUSIÓN PÓSTER. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO I

Viernes 6 de Marzo de 11:00 a 11:30 horas

Discutidores: Dr. José Juan Aguilar Estévez

Dr. Antonio Dou Sáenz de Vizmanos

Paneles Nos.: 1 al 8

1. Estudio comparativo entre tonometría de aplanación, rebote y aire

María Jesús Chaves Samaniego, Inmaculada Cabezas Juan, Zaira Cervera Sánchez, Henar Albertos Arranz, Antonio Martínez Abad
Vissum. Alicante

Objetivo: Análisis comparativo de medidas de presión intraocular PIO entre el tonómetro Goldmann (aplanación), Icare100® (rebote) y Ocular Response Analyzer (ORA)® (aire) en sujetos sin patología ocular.

Material y métodos: Estudio transversal en el que se analizaron 32 ojos (16 sujetos), 87,5% mujeres y 12,5% hombres con edades $38,75 \pm 11,05$ años. Todas las medidas fueron realizadas por el mismo examinador y en la misma franja horaria. El único criterio de inclusión fue la ausencia de patología y/o cirugía ocular. El protocolo de pruebas fue: tonometría de rebote (iCare); 5 minutos de espera; tonometría de aplanación (Goldmann); 10 minutos de espera; tonometría de aire (con ORA); paquimetría (Ocuscan®).

Resultados: El valor medio PIO fue $13,28 \pm 2,64$ mmHg con Goldmann, $15,84 \pm 4,07$ mmHg Icare y $13,95 \pm 2,71$ mmHg ORA. Se comprobó normalidad de los valores con Shapiro-Wilk. El resultado del ANOVA de medidas repetidas determinó que existen diferencias significativas entre los diferentes tonómetros ($p < 0,01$). La prueba Bonferroni de comparaciones múltiples mostró diferencias estadísticamente significativas entre el Icare-Goldmann ($p < 0,001$) y Icare-ORA ($p < 0,01$). Sin embargo, el valor PIO no mostró diferencias significativas entre Goldmann-ORA ($p = 0,323$). El coeficiente de correlación de Pearson entre el tonómetro Goldmann-ORA y Goldmann-Icare fueron $r = 0,637$ ($R^2 = 0,406$) y de $r = 0,726$ ($R^2 = 0,528$) respectivamente, siendo estadísticamente significativo en ambos casos. El análisis Bland-Altman se utilizó para determinar si ORA y iCare eran equivalentes a Goldmann. Se mostró una sobreestimación de la PIO en 2,56 mmHg del iCare respecto al Goldmann y de 0,66 mmHg del ORA respecto al Goldmann.

Conclusiones: Los valores de PIO obtenidos con iCare y ORA se pueden considerar una buena alternativa a la tonometría con Goldmann en los pacientes en los que no es posible realizar dicha medición, sin embargo, hemos de tener en cuenta una posible sobreestimación de los valores de PIO.

2. ¿Glaucoma que progresa?

Laura Díez Álvarez, Laia Jaumandreu Urquijo, Ana Díaz Montealegre, Gema Rebollada Fernández, Francisco J. Muñoz Negrete
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Irycis. Madrid

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con sospecha de glaucoma primario de ángulo abierto preperimétrico con progresión estructural a pesar de presentar un buen control de la presión intraocular (PIO) con tratamiento hipotensor tópico máximo en el que la causa subyacente es una obstrucción vascular parcial en la hemirretina inferior.

Material y métodos: Varón de 50 años con antecedente de obstrucción de vena central de la retina en ojo derecho (OD), derivado para valoración por presión intraocular de 28 mmHg en

ambos ojos (paquimetría de 585 μm). Tras la introducción de tratamiento tópico hipotensor se observa una estabilización del daño en la capa de fibras nerviosas retinianas (CFNR) en OD. Sin embargo, aunque los campos visuales 24-2 siguen siendo normales en ojo izquierdo (OI) y la PIO se mantiene en 11 mmHg, se constata una disminución progresiva de la CFNR a expensas fundamentalmente del cuadrante temporal-inferior, así como de la capa de células ganglionares y plexiforme externa (CGIPL) en los cuadrantes inferiores.

Resultados: El análisis fundoscópico detallado en el área peripapilar temporal inferior muestra un área de cruce arteriovenoso con la arteria esclerosada en hilo de plata que provoca una compresión parcial de la vena subyacente. En la angio-OCT se observa una disminución de la vascularización de la hemimácula inferior y un adelgazamiento parcial del espesor retiniano en dicha hemimácula que justifica el adelgazamiento observado en la CFNR a nivel peripapilar y en CGIPL en área macular. El paciente continúa con tratamiento hipotensor tópico máximo y se han controlado los factores de riesgo cardiovasculares para minimizar los efectos potencialmente nocivos asociados a su patología vascular.

Conclusiones: En los casos de sospecha de progresión glaucomatosa en los que existe discrepancia entre los valores de PIO y las pruebas complementarias, debemos descartar otras posibles causas subyacentes que justifiquen nuestros hallazgos.

3 Evaluación de las dimensiones del cuerpo ciliar mediante tomografía de coherencia óptica Swept Source en pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto y sanos

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

Objetivo: Evaluar las dimensiones del músculo ciliar (MC) mediante tomografía de coherencia óptica Swept Source (SS-OCT) en sujetos con glaucoma de ángulo abierto primario (GPAA) y sanos, evaluando también la correlación entre las dimensiones de MC y los diferentes parámetros.

Métodos: Los participantes de este estudio transversal fueron 181 sujetos. Las medidas del MC realizadas fueron la longitud (LMC), el área (AMC) y el grosor a 1000 μm (MCT1), 2000 μm (MCT2) y 3000 μm (MCT3) desde el espolón escleral utilizando el SS-OCT DRI-Triton® en los cuadrantes temporal y nasal. Los pacientes con GPAA se sometieron a una prueba de campo visual (CV) y medición de capa de fibras peripapilar (CFNR), las dimensiones de MC se evaluaron para determinar su correlación con el defecto medio del CV (MD), el grosor medio de CFNR.

Resultados: Se incluyeron el ojo derecho de 92 sanos y 89 con GPAA, la edad media fue de $67,7 \pm 4,4$ años. La LMC media en el cuadrante temporal fue de $4325 \pm 340 \mu\text{m}$ y $4195 \pm 843 \mu\text{m}$ en sujetos sanos y GPAA respectivamente ($p = 0,175$). En el cuadrante nasal, la CML media fue de $4143 \pm 500 \mu\text{m}$ y $3966 \pm 797 \mu\text{m}$ en sujetos sanos y GPAA respectivamente ($p = 0,074$). El grosor medio de CM en el cuadrante temporal fue: MCT1 = $546 \pm 56 \mu\text{m}$, MCT2 = $326 \pm 44 \mu\text{m}$ y MCT3 = $174 \pm 16 \mu\text{m}$ en sanos, mientras que MCT1 = 534 ± 108 , MCT2 = 332 ± 99 y MCT3 = 183 ± 74 se observó en el GPAA, sin diferencias significativas detectadas entre CMT1, CMT2 y CMT3 ($p = 0,349$, $p = 0,597$ y $p = 0,259$), respectivamente. El área media de MC en el cuadrante temporal fue de $1,12 \pm 0,29 \text{ mm}^2$ y $1,15 \pm 0,24 \text{ mm}^2$ en los sujetos sanos y GPAA respectivamente ($p = 0,451$). Se observó una correlación débil entre las mediciones de MC, CFNR ($R < 0,261$), y CV MD ($R < 0,302$).

Conclusiones: SS-OCT permite la medición de las dimensiones de MC in vivo. Las dimensiones de MC no mostraron diferencias entre sujetos sanos y GPAA, en el grupo GPAA no se encontró correlación entre las mediciones de MC y el CV o CFNR.

4 Glaucoma de ángulo abierto como primera manifestación de sarcoidosis ocular

Ana Ibáñez Muñoz, Irune Ortega Renedo, María Rozanova Klecheva, Jency Sosa Durán, Leticia Rodríguez Vicente, José Javier Chavarri García
Hospital San Pedro. La Rioja

Objetivo: Presentar un caso infrecuente de un paciente con glaucoma de ángulo abierto bilateral secundario a panuveítis por sarcoidosis ocular.

Material y métodos: Paciente varón de 65 años diagnosticado de hipertensión ocular que comenzó con miodesopsias y visión borrosa en ambos ojos (AO) tras iniciar tratamiento con bimatoprost dos semanas antes. La máxima agudeza visual corregida fue de 0.8 AO y la presión intraocular (PIO) 30 mmHg OD y 23 mmHg OI. El examen de segmento anterior se caracterizó por una uveítis anterior no granulomatosa con tyndall 3+. La funduscopia reveló una papila neta con E/P 0.3, vitritis y snow balls AO, con lesiones coriorretinianas en retina inferior de OI. La gonioscopia mostró un ángulo abierto grado 4 AO. La angiografía fluoresceínica fue anodina. La tomografía de coherencia óptica papilar y la campimetría Humphrey fueron normales AO.

Resultados: La evaluación sistémica y los parámetros analíticos demostraron una ECA, lisozima y calcio séricos elevados. La RX tórax y RM cerebral fueron normales. La TC-body documentó un enfisema pulmonar de ambos lóbulos superiores y ganglios mediastínicos. Ante una posible panuveítis bilateral por sarcoidosis ocular, se realizó el cociente CD4/CD8 en humor acuoso que resultó ser > de 3,5, que confirmó el diagnóstico. Se trató con prednisona 1 mg/kg/día vía oral, esteroides y ciclopléjico tópicos y se cambió a fármaco hipotensor de brimonidina-timolol, con buena evolución.

Conclusiones: La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica granulomatosa donde la principal causa de pérdida visual es debida al glaucoma no diagnosticado. La afectación ocular puede suceder en un 30% de pacientes y el glaucoma secundario tiene una prevalencia de un 9.6%. Puede presentarse como un glaucoma de ángulo cerrado o de ángulo abierto secundario. El éxito del tratamiento de la sarcoidosis con uveítis y glaucoma viene condicionado por un diagnóstico precoz y una instauración rápida y agresiva del tratamiento esteroideo.

5 Glaucoma normotenso enmascarado por síndrome de fluido de la interfase asociado a distrofia de Fuchs

Jaume Vila Castro, Laura Escudero Bodenlle, Emeterio Orduña Domingo
Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca

Objetivo: Presentar un caso de síndrome de fluido de la interfase (SFI) o queratopatía estromal inducida por presión intraocular (PISK) que enmascara un glaucoma de tensión normal en paciente intervenido de LASIK y afecto de distrofia endotelial de Fuchs (DEF).

Material y métodos: Evaluación de paciente de 79 años que consulta por edema corneal en su ojo izquierdo tras cirugía de catarata un mes antes. Se estudia al paciente mediante perimetría Octopus, tonometría Goldman y OCT optovue de segmento anterior y posterior, confirmando el diagnóstico de PISK.

Se presenta la evolución del paciente y resolución del caso tras realización de queratoplastia lamelar endotelial (DMEK) y posterior cirugía de glaucoma.

Resultados: Tras la realización de DMEK y posterior cirugía de glaucoma no perforante, se consigue la transparencia corneal con desaparición del fluido de la interfase así como la normalización de la agudeza visual y de la presión intraocular.

Conclusiones: El SFI se puede desencadenar años después del LASIK tras una cirugía de catarata, siendo más frecuente en pacientes afectos de distrofia endotelial de Fuchs.

Esta patología puede enmascarar la presencia de una hipertensión ocular. En casos de asociación de LASIK, glaucoma y DEF, es necesario extremar la vigilancia ante una posible hipertensión ocular ya que puede pasar desapercibida y provocar un edema corneal y deterioro del campo visual. La realización de DMEK en estos casos, permite una rápida recuperación visual.

6 Glaucoma juvenil como hallazgo tras un traumatismo: a propósito de un caso

Lorena Almudí Cortés, Beatriz Rodríguez Aguado, Yolanda Palomino Ortiz, Mouafk Asaad
Consorci Sanitari de Terrassa

Objetivo: Describir un caso de glaucoma juvenil detectado tras un traumatismo y el manejo terapéutico y de sus complicaciones.

Material y métodos: Paciente de 24 años que acude a urgencias por disminución de la visión del ojo izquierdo. Como antecedentes refiere contusión frontal el mes previo y miopía. Presenta una agudeza visual (AV) de 0.8 en ojo derecho (OD) y 0.55 en ojo izquierdo (OI), PIO 26/26 y paquimetrías normales. A la exploración se observa una cámara anterior (CA) g^oIII, sin signos inflamatorios, iris sano y excavaciones papilares de 0.8. Ante la sospecha de glaucoma traumático, se deriva al área de glaucoma para estudio. En consulta presenta AV de 0.3/0.5 y PIO 44/40. Se descarta presencia de iridodiálisis. En la campimetría se observa una importante afectación de ambos campos visuales. Reinterrogando al paciente, revela un familiar de 3 grado de 11 años con glaucoma, por lo que se establece un diagnóstico de glaucoma juvenil evolucionado. Tras una rápida progresión de la pérdida visual y difícil control de PIO, se decide cirugía preferente de trabeculectomía con mitomicina C.

Resultados: A los 5 días post cirugía OI, presenta una PIO de 2, sin seidel, asociada a desprendimiento coroideo (DC) y pliegues maculares. Se trata con corticoides tópicos y midriáticos, con buena resolución del cuadro. Actualmente, el paciente presenta AV de 0.5/0.2 y PIO 15/10 sin tratamiento.

Conclusiones: Dado el antecedente de la contusión, se sospecha inicialmente un glaucoma traumático, que se rechaza al descartar signos inflamatorios en CA y lesiones traumáticas en iris y ángulo. La edad, la rápida evolución y el antecedente familiar sugieren un glaucoma juvenil. La cirugía de trabeculectomía se indicó de forma preferente con el objetivo de disminuir la PIO de una forma eficaz dada la rápida evolución a pesar de la terapia médica máxima. La hipotonía postquirúrgica es esperable tras una trabeculectomía primaria en un paciente joven y miope.

7 Opacificación corneal neonatal, ¿glaucoma congénito?

María Teresa Marcos Parra, David Ismael Gijón Carretero, Lucía Moreno Castro
Hospital General Universitario de Alicante

Objetivo: Presentar un caso de opacificación corneal (OC) neonatal diagnosticado erróneamente como glaucoma congénito (GC).

Material y métodos: Neonato de 6 horas de vida en el que se objetiva OC de ojo derecho (OD) tras cesárea urgente. Presenta microcefalia ya detectada ecográficamente en la semana 36. Se deriva urgente a hospital de referencia bajo sospecha de glaucoma primario congénito (GC).

Oftalmológicamente, se objetivó OC y sinequia iridocorneal en OD. Se realizó ecografía ocular, donde se apreció OD de dimensiones en el límite bajo de la normalidad y ojo izquierdo (OI) en límites normales.

En la exploración sistémica se detectó sindactilia completa del primer y segundo dedo y tercer y cuarto del pie izquierdo, hipospadias, foramen oval amplio e hiperexcitabilidad neurológica con temblores a la manipulación de extremidades.

Resultados: Se estableció el diagnóstico de Síndrome de Peters Plus (SPP). La anomalía de Peters (AP) se caracteriza por OC congénita secundaria a un defecto en la embriogénesis, que produce una malformación del segmento anterior ocular. Puede presentarse de forma aislada o asociada a otras anomalías oculares como glaucoma o catarata. Por otro lado, también puede relacionarse con paladar hendido, cardiopatía congénita, alteraciones esqueléticas, genitourinarias y retraso mental.

Cuando dicha AP se asocia a la existencia de otros defectos congénitos, se denomina SPP.

Conclusiones: Las OC al nacimiento incluyen un amplio abanico de etiologías como la esclerocórnea, microftalmía... no siempre encabezadas por el GC.

El GC se caracteriza por la presencia de edema corneal, estrías de Haab, diámetro corneal aumentado, presión intraocular elevada y bftalmos.

Es sumamente importante realizar una correcta exploración del paciente neonato, y no establecer un diagnóstico de forma precipitada. Recordar que no toda OC neonatal corresponde a un caso de GC, prestando especial atención a la presencia de otras malformaciones asociadas.

8 Relación entre la localización del estafiloma posterior y los defectos campimétricos en pacientes con alta miopía

Ignacio Rodríguez Uña, Juan Queiruga, Eva Villota Deleu

Instituto Oftalmológico Fernández-Vega. Oviedo, Asturias

Objetivos: Determinar si existe relación entre diferentes tipos de estafilomas posteriores y defectos del campo visual (CV) en alta miopía.

Materiales y métodos: Estudio transversal observacional que incluyó altos miopes con estafiloma posterior. Además del examen oftalmológico completo se determinaron: paquimetría (Tomey Corp, Japón), longitud axial (LA) (IOL Master 700, Carl Zeiss Meditec AG, Alemania), inclinación macular y su orientación mediante el retinógrafo TRC-NW8 (Topcon, Japón) y el tomógrafo de coherencia óptica (OCT) Cirrus HD-OCT 5000 (Zeiss), y perimetría Humphrey SITA Standard 24-2 (Zeiss).

Se elaboró una clasificación en base a los defectos de CV y se siguió la clasificación de Ohno-Matsui de los estafilomas (OCT). Se efectuó un análisis estadístico de correlaciones entre CV y estafilomas (rho de Spearman).

Resultados: Se incluyeron 180 ojos de 93 pacientes, con edad media de 61,20±12,60 años. La LA fue 30,2±2,7 mm y el equivalente esférico -11,95±9,51 D.

La alteración del CV más frecuente fue Aumento de la mancha ciega (AMC) (18,9%). Los tipos de estafiloma posterior más frecuentes fueron Complejo (20,6%) y Nasal (15%).

La desviación media (DM) mostró una correlación inversa con la LA ($r=-0,52$; $p<0,001$) y el número de fármacos hipotensores tópicos ($r=-0,27$; $p<0,001$). El Escotoma por Glaucoma se relacionó con DM ($p>0,05$), hipotensores ($p<0,05$) y presión intraocular (PIO) ($p<0,05$). En cuanto a los estafilomas, la PIO se correlacionó con el Macular estrecho, el Inferior y el Complejo ($p<0,05$). Se observó correlación entre: Escotoma por Glaucoma y estafilomas Nasal-inferior ($p=0,046$) e inferior ($p<0,01$); AMC y estafiloma Complejo ($p=0,01$) y Peripapilar ($p=0,02$).

Conclusiones: El estafiloma posterior más frecuente en los altos miopes estudiados fue el Complejo, relacionándose con un AMC del CV. El Escotoma por Glaucoma se asoció con mayor PIO, más fármacos hipotensores y menor DM.

DISCUSIÓN PÓSTER. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO II

Viernes 6 de Marzo de 11:00 a 11:30 horas

Discutidores: Dra. Elena Millá Griñó

Dr. Alfonso Gil Ibarra

Paneles Nos.: 9 al 16

9 **Membrana epirretiniana tras uso de Monoprost®: a propósito de un caso**

María Rozanova Klecheva, Alexandra Arrieta los Santos, Ana Ibáñez Muñoz, Irune Ortega Renedo, Leticia Rodríguez Vicente, María Chacón González, Jency Sosa Durán, María Ester Lizuain Abadía
Hospital San Pedro. La Rioja

Objetivo: El tratamiento con prostaglandinas constituye una buena primera línea para el control de la presión intraocular (PIO) debido a su eficacia, seguridad y buena tolerancia, destacando en la actualidad el Latanoprost sin conservantes (Monoprost®). Aun así, los efectos secundarios descritos son múltiples: crecimiento de pestañas e hiperpigmentación de piel e iris, hiperemia conjuntival, queratitis, uveítis anterior, formación de edema macular cistoide o membrana epirretiniana (MER) entre otros. Presentamos el caso de una paciente que desarrolló MER tras introducción de Monoprost® en contexto de Glaucoma normotensivo.

Material y métodos: Mujer de 51 años que acude para valoración oftalmológica de forma ambulatoria con agudeza visual corregida (AV) de 1 en ambos ojos, PIO 16mmHg y papilas sospechosas de glaucoma con excavación 0,7. Tras ampliar estudio se diagnosticó de Glaucoma normotensivo y se instaura tratamiento con Monoprost®. Tras seis meses de tratamiento la paciente presenta visión borrosa y leve dificultad para leer por OI (AV 0,9 OI). El FO revelaba pliegues y aumento de brillo macular que tras OCT confirmó la aparición de una MER previamente inexistente.

Resultados: Se sustituyó el tratamiento con Monoprost® por Brinzolamida y en revisiones posteriores la MER disminuyó significativamente, mejorando la sintomatología visual de nuestra paciente.

Conclusiones: Existen casos de afectación macular y aparición de MER descritos asociados al uso prolongado de análogos de las prostaglandinas en el tratamiento de glaucoma. Dichos casos, pese a ser infrecuentes, deben tenerse en cuenta y valorar un cambio de tratamiento temprano ante la posible relación causa-efecto.

10 **Influencia del deporte aeróbico sobre la presión intraocular: estudio piloto a tres meses**

María Jesús Chaves Samaniego, Concepción de la Vega Galiana, Zaira Cervera Sánchez, Inmaculada Cabezas Juan, Henar Albertos Arranz
Vissum. Alicante

Objetivo: Analizar la influencia de la actividad física aeróbica sobre la PIO y los cambios anatómicos asociados.

Material y métodos: Estudio piloto experimental, longitudinal, prospectivo y comparativo. Se incluyeron sujetos que realizaban una actividad aeróbica intensa (correr), menos intensa (caminar) y sujetos sedentarios. Se midieron: presión intraocular (PIO, Goldmann), ángulos irido-corneales y profundidad de cámara anterior (CA) (Visante OCT®, Carl Zeiss) y paquimetría ultrasónica (OcuScan RxP®, Alcon). Las medidas se tomaron en dos visitas separadas 3 meses entre ellas. Se recogieron los datos antes de la actividad aeróbica y 5 minutos después. El ejercicio se realizó en el mismo circuito y franja horaria en ambas sesiones.

Resultados: Se analizaron 18 sujetos sanos. La muestra se dividió en tres grupos: 6 sujetos corredores (grupo 1), 6 caminadores (grupo 2) y 6 sedentarios (grupo 3). No se observaron diferencias significativas en los valores de PIO pre-post en los grupos que realizaban actividad física ni entre visitas. Sin embargo, los valores están próximos a la significación por lo que ésta podría alcanzarse aumentando el tamaño muestral. No existieron diferencias significativas en el ángulo irido-corneal entre el pre-post actividad ni entre el primer y tercer mes en ninguno de los grupos. Se observó una correlación positiva entre la PIO y el área de amplitud del ángulo irido-corneal, siendo más relevante en el grupo 1 (0,783; $p=0,066$) que en el 2 (0,441; $p=0,381$). *Conclusión:* Se observa cierta tendencia de reducción de PIO tras realizar actividad física aeróbica en sujetos sanos. Se necesitaría aumentar el tamaño muestral para confirmar dichos resultados. El ángulo irido-corneal no muestra cambios significativos tras realizar una actividad aeróbica. Sin embargo, se observa cierta relación entre la PIO y el ángulo irido-corneal, siendo su área mayor en casos de mayor PIO.

11 Claves en el diagnóstico de la fístula carótido-cavernosa

Gabriel Liaño Sanz-Diez de Ulzurrun, Marta Isabel Martínez Sánchez, José María Hernández Leonato, Javier Paz Moreno-Arrones
Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid

Objetivos: Ilustrar el comportamiento enmascarado con que pueden debutar algunas formas de fístula carótido-cavernosa y su relación con la presión intraocular (PIO), a propósito de un caso.

Materiales y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 68 años hipertensa y dislipémica que acude a urgencias por diplopía binocular vertical intermitente y autolimitada de 7 días de duración y ritmo matutino. Refiere traumatismo banal en órbita izquierda hace 3 meses tras caída desde su altura. La exploración oftalmológica objetivó hiperemia sectorial inferotemporal izquierda y una PIO de 18/28 mmHg sin otros hallazgos de interés. La agudeza visual y la motilidad ocular extrínseca e intrínseca fueron normales en el momento de la exploración. Diez días después, la clínica evolucionó hacia un cuadro florido de quemosis, ingurgitación episcleral completa y proptosis.

Resultados: Ante la sospecha de patología vascular orbitaria se realiza una angiorresonancia magnética que confirma hallazgos sugestivos de fístula carótido-cavernosa izquierda. La paciente se somete a embolización de la lesión por parte de neurocirugía sin incidencias y remisión del cuadro a lo largo del mes del postoperatorio.

Conclusiones: La presentación insidiosa de este cuadro es característica de las fístulas carótido-cavernosas de bajo flujo. En nuestro caso, cabe destacar la asimetría de PIO como dato clave en la orientación inicial del diagnóstico. Un estudio neurológico completo es esencial para la evaluación de estas lesiones intracraneales, así como un alto nivel de sospecha por parte del oftalmólogo a fin de disminuir la morbimortalidad de este tipo de shunts.

12 Glaucoma neovascular, síndrome isquémico ocular y estenosis carotídea ipsilateral: a propósito de un caso complejo

Belén Figuerola García, Lucía Moreno Castro, David Gijón Carretero, Gerardo Pedro García García, Maite Marcos Parra, Juan José Pérez Santonja
Hospital General Universitario de Alicante

Objetivos: El síndrome isquémico ocular es un cuadro causado por hipoperfusión de la retina a través de la arteria central y las ramas ciliares anteriores y posteriores. Los factores de riesgo incluyen hipertensión, diabetes, cardiopatías y hemodiálisis. Presentamos el manejo de una paciente con glaucoma crónico de ángulo abierto (GCAA) que debuta con síndrome isquémico ocular severo y glaucoma neovascular en su ojo izquierdo (OI).

Material y métodos: Mujer de 72 años que acude por dolor en OI que no cede con analgesia. Entre sus antecedentes destaca GCAA bilateral tratado con hipotensores tópicos, posteriormente con cirugía filtrante y con mal control tensional actual. Presenta una AV de <0,05, pupila en midriasis media arrectiva, edema corneal, neovasos iridianos y PIO de 42 mmHg en OI, siendo diagnosticada de glaucoma neovascular de origen incierto. Las exploraciones revelan atrofia e isquemia retiniana y estenosis del 60% en la arteria carótida interna proximal ipsilateral.

Resultados: Bajo diagnóstico de glaucoma neovascular secundario a síndrome isquémico ocular por déficit de perfusión debida a estenosis carotídea, se realiza panfotocoagulación retiniana (PFC) combinada con antiangiogénicos intravítreos y se planifica endarterectomía carotídea. Pese a la mejoría clínica, precisa implante valvular de Ahmed.

Conclusiones: El manejo de la isquemia ocular precisa abordaje multidisciplinar con interacción de la unidad de glaucoma, retina y servicios como cardiología o cirugía vascular. Se debe descartar síndrome isquémico en el ojo adelfo mediante gonioscopia, doppler carotídeo, OCT y angiografía y realizar PFC profiláctica si procede. Debemos sospechar isquemia ocular o estenosis carotídea en GCAAs con manejo clínico o quirúrgico correcto y evolución tórpida y en pacientes con factores de riesgo. La endarterectomía carotídea puede ser curativa o mejorar el pronóstico, pero se han descrito casos de glaucoma neovascular a pesar de su precoz realización.

13 Niveles de citoquinas en lágrima y en humor acuoso en pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto y glaucoma pseudoexfoliativo

Beatriz Vidal Villegas, Bárbara Burgos Blasco, Francisco Javier Moreno Morillo, Federico Sáenz-Francés San Baldomero, José María Martínez de la Casa

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Propósito: Estudiar los niveles de citoquinas y factores de crecimiento en humor acuoso y lágrima de pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto y con glaucoma pseudoexfoliativo y comparar los resultados entre humor acuoso y lágrima y entre los dos tipos de glaucoma.

Método: Estudio clínico observacional transversal. Se incluyeron en el estudio 18 pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto y 18 con glaucoma pseudoexfoliativo que iban a ser intervenidos de cirugía de cataratas. Se recogieron muestras de lágrima de los pacientes a su llegada al Servicio y del humor acuoso al comienzo de la cirugía. Se analizaron en lágrima y en humor acuoso los niveles de 27 citoquinas y factores de crecimiento mediante el kit Bio-Plex Pro™ Human Cytokine 27-Plex Immunoassay (Laboratorios Bio-Rad, España) que inmunodetecta 27 citoquinas y factores de crecimiento. Las concentraciones de citoquinas fueron halladas mediante interpolación de la fluorescencia obtenida con curvas standard y corregidas por volumen de muestra con el software Bio-Plex Manager™.

Resultados: Tres citoquinas del humor acuoso presentaron concentraciones diferentes entre los dos tipos de glaucoma: la IL12(p70) y la IL13 estaban elevadas en el GPAA y la MCP1(MCAF) está elevada en el GPEX. Se correlacionaron las concentraciones de citoquinas en lágrima y humor acuoso y en el GPAA no existió una correlación entre ellas, pero en el GPEX existió una correlación de tres citoquinas: IFN Gamma, MIP1β y VEGF. El número de fármacos hipotensores oculares tópicos administrados se correlacionó con una disminución de la concentración de dos citoquinas (IL7 y FGF básico) en humor acuoso en el GPAA y con una disminución de la concentración de IL12(p70) en lágrima en el GPEX.

Conclusiones: La concentración de citoquinas en lágrima y humor acuoso es diferente en el GPAA Y el GPEX, por lo que podrían ser utilizadas teóricamente como biomarcadores de estos subtipos de glaucoma.

14 Síndrome BAIT-like e HTO. A propósito de un caso

Marta B. Rodríguez Cavas, Marcos Ruiz Sánchez, Concepción Molero Izquierdo, M.^a Dolores Miranda Rollón, Domingo Giménez Castejón, Laura Martínez Campillo, Daniel Sánchez Martínez, Ignacio Lozano García, Damián Méndez Bernal

Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena

Objetivos: Las fluorquinolonas concretamente el moxifloxacin, vienen usándose intracamerularmente especialmente tras la cirugía de catarata para la prevención de endoftalmitis. El síndrome BAIT (bilateral acute iris transillumination) es una nueva entidad caracterizada por una transiluminación iridiana, dispersión de pigmento en cámara anterior y una pupila en mi-driasis media que no responde o es poco sensible a la luz debido a una parálisis del esfínter. Se cree que la causa podría ser el uso sistémico de fluoroquinolonas, en especial moxifloxacino. Presentamos el caso clínico de un paciente atribuible al uso intraocular.

Material y métodos: Varón de 51 años diagnosticado de catarata y antecedente contuso en dicho ojo. Se realiza una façoemulsificación+implante de lente sin complicaciones. El postoperatorio presenta una AV 2/3 y PIO 32 mmHg que se atribuye a restos de viscoelástico y que cede con betabloqueantes. 3 semanas después, acude por dolor y visión borrosa, mostrando una gran dispersión pigmentaria y una importante hipertensión ocular. Se administra tratamiento tópico y oral y tras una paracentesis la PIO disminuye a 10 mmHg. Se realizan nuevos drenajes y mantenimiento de tratamiento médico.

Resultados: En la actualidad la PIO es 23 mmHg con tratamiento tópico y la AV es 1. El Tyndall pigmentario ha ido cediendo de manera progresiva.

Conclusiones: Habiendo descartado el Síndrome UGH, el glaucoma pigmentario, Uveítis por HV-CMV-HZ o el síndrome TASS llegamos al diagnóstico por exclusión de que nuestro caso era superponible al descrito como BAIT asociado a HTO. Creemos que la existencia de un deficiente sistema de drenaje del humor acuoso asociada a restos de viscoelástico podrían haber provocado concentraciones en cámara anterior altas y mantenidas del moxifloxacin en contacto con el epitelio pigmentario.

El uso en pacientes en los que sospechemos que por distintas circunstancias puedan alcanzar altas concentraciones y mantenidas en cámara anterior debería restringirse.

15 Síndrome de isquemia ocular, el comienzo del fin

Ana Garrote Llordén, Carlos Lobato Fuertes, Sergio Mahave Ruiz, Natalia Spagnoli Santacruz, Andrea Carrancho García, Narjisa El Hamdaoui Abdelkader
Complejo Asistencial Universitario de León

Objetivo: El síndrome de isquemia ocular (SIO) es una entidad poco frecuente cuya principal causa es la estenosis carotídea. El SIO con glaucoma neovascular puede ser la primera manifestación de esta patología, como ocurre en el caso que presentamos.

Material y métodos: Caso clínico aislado. Se trata de un varón de 72 años que acude a urgencias por dolor y disminución de agudeza visual (AV) en ojo izquierdo (OI). Entre sus antecedentes destacan hipertensión arterial, displipemia y un infarto agudo de miocardio hace 12 años, tratado con tres stent coronarios. La AV OI es 0.3, con presión intraocular (PIO) OI de 16 mmHg. En polo anterior encontramos celularidad en cámara anterior. En fondo de ojo presenta abundantes hemorragias puntiformes periféricas. En la angiografía fluoresceínica se aprecia disminución de perfusión coroidea con neovasos en retina periférica. Se inicia tratamiento esteroideo tópico y se programa fotocoagulación retiniana. Tras cuatro días la AV OI es 0.1, la PIO OI es 38 mmHg y presenta intensa neovascularización iridiana y angular. Se realiza panfotocoagulación y se solicita un scanner que constata estenosis carotídea del 90%. Es remitido a cirugía vascular, que aconseja no realizar cirugía carotídea dado el altísimo riesgo de la misma y el mal pronóstico vital del paciente. Proponemos la inyección de antian-

giogénicos en cámara anterior, que paciente rechaza; pautamos brimonidina y brizolamida en combinación fija y dexametasona colirio cada 12 horas, lo que consigue PIO OI de 23 mmHg. *Resultados:* El SIO con glaucoma neovascular puede ser la primera manifestación de aterosclerosis carotídea.

Conclusión: El dolor ocular y la disminución de AV pueden ser los primeros síntomas de la atermatosis carotídea en el contexto de un SIO. En esta enfermedad podemos encontrar isquemia uveal y/o retiniana, o afectación anterior con neovascularización iridiana y angular, las cuales pueden desarrollarse de manera sucesiva en poco tiempo en casos graves.

16 **Nanoftalmos y glaucoma**

Pablo Soler Bartrina, Vanesa Sánchez Ferreiro, Lucía Santana García, Eduardo Pastenes Zhilin, Carolina Esaa Caride, Marina Rodríguez Andrés
Hospital el Bierzo. León

Objetivo: Presentar un caso de un paciente con nanoftalmos bilateral y glaucoma de ángulo cerrado.

Materiales: Se realizó exploración oftalmológica completa incluyendo paquimetría, campos visuales, tomografía de coherencia óptica de segmento anterior y de capas de fibras nerviosas y ecografía.

Resultados: Varón de 58 años sin historia familiar de glaucoma que es derivado a la unidad por nanoftalmo bilateral y glaucoma no respondedor a tratamiento médico. A la biomicroscopía destaca una cámara estrecha con un Van Herick grado I, nistagmus bilateral y catarata. Se realiza en un primer momento iridotomía e iridoplastia sin respuesta. Se plantea cirugía de faco-trabeculectomía implantando una lente de 33 dioptrías. Tras la intervención se observa un aumento de la cámara anterior y un descenso de la PIO a lo largo de 2 años. Las consultas posteriores evidencian de un aumento progresivo de la PIO y de estrechamiento de la cámara anterior obligando a plantear una vitrectomía central y colocando un dispositivo Ex-PRESS. No obstante, tras 2 años con PIO estable, ésta muestra una tendencia al ascenso y precisó el implante de un dispositivo de drenaje para glaucoma. Actualmente se mantiene estable a pesar del contacto del conducto del dispositivo con el endotelio corneal.

Conclusiones: El nanoftalmos es una malformación congénita que se suele asociar a nistagmus que se caracteriza por un globo ocular inferior con una longitud inferior de 20,5 mm. Con este caso pretendemos objetivar la dificultad en el manejo de estos pacientes que aunque no son habituales en consulta suponen un gran reto para los glaucomatólogos.

DISCUSIÓN PÓSTER. CIRUGÍA I

Sábado 7 de Marzo de 11:00 a 11:30 horas

Discutidoras: Prof.^a M.^a Paz Villegas Pérez
Dra. Concepción Amaya de Frutos

Paneles Nos.: 17 al 24

17 **Membrana de fibrina obtenida a partir de plasma rico en factores de crecimiento (mPRGF®/Endoret®) como opción terapéutica para el cierre de defectos de pequeño tamaño en ampolla de filtración**

Laia Jaumandreu Urquijo, Francisco J. Muñoz Negrete, Laura Díez Álvarez, Teresa Salvá Palomeque, Gema Rebolleda Fernández
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Objetivo: Presentar el recubrimiento con membrana de fibrina obtenida a partir de plasma rico en factores de crecimiento (mPRGF®) con la tecnología Endoret® como opción terapéu-

tica para el cierre de defectos de pequeño tamaño en ampollas de filtración avasculares.

Material y métodos: Presentamos dos casos con un punto de fuga seidel positivo sobre la ampolla de filtración. El primero, con antecedente de EPNP más mitomicina C (0,2 mg/ml, 2 minutos), sobre una zona avascular tras una inyección de sangre autóloga por hiperfiltración. El segundo, en el postoperatorio inmediato tras la colocación de un implante Innfocus®, justo adyacente al tubo. En ambos tras la ausencia de cierre espontáneo, se realizó un recubrimiento de la ampolla con mPRGF®. Para su obtención se extrajo una pequeña cantidad de sangre del paciente, se centrifugó y se separó la fracción del plasma activándolo posteriormente con cloruro de calcio e incubándolo a 37° C durante 15 minutos. Una vez formado el coágulo de fibrina se prensó obteniendo una membrana de aproximadamente 500 micras de espesor.

Resultados: A la semana de la cirugía, las membranas se habían reabsorbido y los defectos cerrados. Ambos casos mantenían ampollas avasculares con zonas de adelgazamiento variables pero seidel negativas. A los seis meses los defectos permanecen cerrados y presentan PIOs de 9 (caso 1) y 12 (caso 2) mmHg sin otras alteraciones significativas en la exploración.

Conclusiones: El recubrimiento con mPRGF® (Endoret®) resulta útil como opción terapéutica para el tratamiento de fugas de pequeño tamaño y revitalización tisular de ampollas de filtración. Presenta propiedades similares a las de la membrana amniótica (regenerativas, antiinflamatorias, antifibróticas y antimicrobianas) con ciertas ventajas sobre ésta: protocolos estandarizados que aseguran la reproducibilidad del tratamiento, disponibilidad inmediata y ausencia de riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas.

18 Maculopatía hipotónica irreversible secundaria a cirugía filtrante de glaucoma

Elena Ávila Marrón, Susana Duch Tuesta, John Paul Liscombe Sepúlveda
Institut Comtal d'Oftalmología. Barcelona

Objetivos: Describir la evolución clínica de cuatro casos que cursaron con hipotonía ocular tras una cirugía filtrante de glaucoma.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de cuatro pacientes intervenidos de cirugía filtrante de glaucoma. En todos los pacientes se analizó el curso clínico mediante la toma de agudeza visual y de presión intraocular pre y postoperatoria. Además se observó la evolución de los cambios estructurales maculares mediante tomografía de coherencia óptica.

Resultados: Los 4 casos, a pesar de la estabilización de la presión intraocular mediante diferentes medidas terapéuticas, presentaron pliegues corioideos maculares irreversibles y disminución de la agudeza visual.

Conclusión: La maculopatía hipotónica se define como una disminución de la agudeza visual acompañada de cambios fundoscópicos como los pliegues coriorretinianos. A pesar de ser una patología en la mayoría de los casos reversible puede cursar con cambios funcionales y estructurales permanentes

19 Iridectomía periférica inferior como tratamiento de la hipertensión ocular aguda secundaria a la migración de aceite de silicona a cámara anterior

Teresa Salvá Palomeque, Laia Jaumandreu Urquijo, Laura Díez Álvarez, Ana Díaz Montealegre, Beatriz Félix Espinar, Francisco J. Muñoz Negrete
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Objetivos: Presentar el caso de un paciente afáquico tratado con aceite de silicona, sin iridectomía inferior profiláctica, con hipertensión ocular aguda secundaria al paso de silicona a cámara anterior y su resolución inmediata tras la realización de ésta.

Material y métodos: Paciente de 75 años con antecedente de desprendimiento de retina complicado tratado con aceite de silicona que acudió al servicio de urgencias por presentar un pico hipertensivo (48 mmHg) un mes después de la cirugía. A la exploración presentaba la cámara anterior llena de aceite de silicona, no iridotomía visible, ángulo abierto pero ocupado 360° por silicona no emulsificada, afaquia y presión intraocular (PIO) de 32 mmHg tras iniciar tratamiento tópico y oral máximo. En ningún momento se objetivó desplazamiento anterior del iris.

Resultados: Tras la persistencia de hipertensión ocular a pesar de tratamiento médico máximo se decidió realizar una iridectomía periférica inferior con posterior posicionamiento cabeza hacia abajo durante 1 hora, normalizándose la PIO y resolviéndose el cuadro por completo.

Conclusiones: El aceite de silicona es un tamponador importante en el tratamiento del DR. Una complicación conocida de su uso es el desarrollo de glaucoma secundario debido a diversos mecanismos patogénicos. En ojos afáquicos y pseudofáquicos tratados con aceite de silicona se recomienda la realización de una iridectomía inferior profiláctica para evitar el paso a cámara anterior de éste. En los casos en los que no se ha realizado o deje de ser permeable (11-32%) y aparezca dicha complicación, esta técnica permite el paso del humor acuoso a CA (dada su mayor densidad) forzando la migración posterior del aceite de silicona y liberando así el ángulo sin necesidad de procedimientos más agresivos y con más complicaciones como la como retirada del aceite.

20 Solucionando un glaucoma agudo de manera desesperada

Francesc March de Ribot, Jordi Loscos Arenas, Anna March de Ribot, T. Torrent, F. Escalada, J. Tarrús
Hospital Universitario de Girona

Objetivo: La ectopia lentis es un criterio importante para el diagnóstico del síndrome de Marfan. Puede variar desde un desplazamiento leve asintomático, hasta una subluxación significativa que puede causar un glaucoma de bloqueo pupilar o incluso una luxación de la lente hacia la cámara anterior o el polo posterior.

Métodos: Un hombre de 43 años llegó al departamento de urgencias con dolor intenso y pérdida de agudeza visual en el ojo derecho. No tenía antecedentes médicos previos conocidos. La agudeza visual era percepción de luz y la presión intraocular de 53 mmHg. El ojo derecho presentaba hiperemia con inyección ciliar, edema corneal y bloqueo pupilar. El cristalino se encontraba luxado a nivel de la cámara anterior en contacto con la parte inferior de la córnea. El enfoque del caso fue un síndrome de Marfan con glaucoma agudo secundario a una luxación del cristalino en la cámara anterior.

Resultados: El paciente era externo y tenía requisitos especiales para la atención médica. En este caso, por indicación del paciente se consideró una solución sintomática rápida. Se dilató la pupila con ciclopléjicos y se colocó al paciente en posición supina para desplazar el cristalino de la cámara anterior hacia el polo posterior. Media hora después de esta maniobra, el dolor desapareció y la presión intraocular bajó a valores normales. Se indicó tratamiento tópico, atención oftalmológica y evaluación sistémica (estudio cardiovascular completo).

Conclusiones: Los pacientes con síndrome de Marfan tienen varias manifestaciones oculares y el manejo es complejo. Se recomienda la cirugía del segmento anterior para extraer el cristalino luxado. Sin embargo, en este caso, se consideró una luxación del cristalino al polo posterior para controlar una crisis glaucomatosa y preparar una cirugía del segmento posterior en un segundo tiempo. Esta opción se consideró por las particularidades del paciente. Los riesgos quirúrgicos deben considerarse individualmente.

21 Tratamiento urgente de un glaucoma agudo multifactorial en varón joven de raza negra

Lourdes Vidal Oliver, Ferrán Alarcón Correcher, Vicente Tomás Pérez Torregrosa, Antonio Barreiro Rego, Antonio Duch Samper
Hospital Clínico Universitario de Valencia

Objetivos: Presentar el caso de un varón joven senegalés con un glaucoma agudo multifactorial, en el que fueron necesarias varias cirugías urgentes para lograr su control.

Material y métodos: Varón de 26 años que acude a urgencias con 52 mmHg de presión intraocular (PIO), que no baja a pesar de tratamiento médico máximo e intento de iridotomías. A la exploración, cámara anterior amplia con ángulo cerrado. No se pudo realizar gonioscopia por el dolor, pero sí OCT de polo anterior que mostró un iris plateau. Se realiza facoemulsificación e iridectomía a las 24 h., con la que no se controla la PIO. 24h después se efectúa trabeculectomía con MMC (mitomicina C), la cual comienza a fracasar en cinco días por fibrosis de la ampolla, y que no se consigue rescatar a pesar de needling más aplicación de nuevo de MMC. La PIO continúa en aumento progresivo, llegando a cifras de 32 mmHg al mes. Se decide la implantación de una Válvula de Ahmed, que consiguió el control adecuado y mantenido.

Resultados: El aumento de la PIO resultó en una pérdida de células ganglionares y fibras nerviosas, quedando una visión central residual en el ojo derecho. Tras finalizar el proceso agudo se pudo realizar gonioscopia, que desveló un ángulo cerrado en más de 270° por sinequias anteriores. Esto nos indica la posibilidad de un proceso inflamatorio previo al cuadro agudo como causa añadida. El ojo izquierdo no mostró hallazgos patológicos. La exploración sistémica fue normal.

Conclusiones: A la configuración de iris plateau se le ha podido añadir un proceso inflamatorio no detectado previamente que justificara la presencia de sinequias. El objetivo principal del tratamiento fue el control urgente de la PIO, indicando la cirugía de forma precoz. Los pacientes jóvenes de raza negra tienen más tendencia a la fibrosis, por lo que la trabeculectomía es menos efectiva. La válvula de Ahmed puede ser una buena opción en estos casos, sobre todo si existe cierre angular por sinequias.

22 Influencia del tratamiento corticoideo prequirúrgico en la cirugía de glaucoma: diferencias entre dos cirugías filtrantes en un mismo paciente

June Artaechevarría Artieda, Irene Platas Moreno, Sonia Durán Poveda
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Objetivos: Describir la diferencia postoperatoria de una misma cirugía filtrante realizada en ambos ojos de un paciente, mostrando el efecto beneficioso de los corticoides preoperatorios. **Material y métodos:** historia clínica, agudeza visual (AV), biomicroscopia, presión intraocular (PIO), campimetría, tomografía de coherencia óptica (OCT).

Resultados: Varón de 67 años diagnosticado de glaucoma primario de ángulo abierto en ambos ojos con daño moderado en ojo derecho (OD) y avanzado en ojo izquierdo (OI) de más de 12 años de evolución. La AV es de 1 en OD y 0.8 en OI con hiperemia y queratitis marcada y mal control de la PIO a pesar de tratamiento con cuádruple terapia (Bimatoprost+Timolol+Brimonidina+Brinzolamida). Se realiza cirugía combinada de facoemulsificación de cristalino con implante de dispositivo no valvulado (ExPress) y matriz colágena en el OI. A las 24 horas, presenta buena ampolla de filtración con PIO de 8 mmHg. A las 2 semanas, la ampolla muestra una marcada hiperemia con altura escasa y PIO de 18 mmHg. Se revisa en quirófano con levantamiento del tapete y se comprueba buena filtración pero vuelve a fracasar a la semana, con una PIO mantenida de 16 mmHg. Se añade al tratamiento postquirúrgico suero autólogo

y se prepara cirugía del OD, retirando toda la medicación glaucomatosa tópica y añadiendo fluormetolona, suero autólogo e inhibidor de la anhidrasa carbónica oral durante 1 mes. Se opera OD sólo de glaucoma mediante la misma técnica quirúrgica y mismo cirujano. Meses después ambos ojos mantienen la superficie ocular correcta con buen control tensional, sin progresión en la campimetría, pero en el OI con necesidad de tratamiento con monoterapia. *Conclusiones:* La integridad de la superficie ocular juega un papel muy importante en la cicatrización de los tejidos oculares tras la cirugía de glaucoma. En ojos con superficies alteradas, el uso de corticoides preoperatorio ha demostrado ser fundamental para favorecer una cirugía de filtración exitosa.

23 Resultados clínicos a largo plazo de la trabeculoplastia láser selectiva en el tratamiento de la hipertensión ocular y el glaucoma de ángulo abierto

Glenda Espinosa Barberi, Indira Aristeguieta Osio, Eleanora Ayala Fuente, Antonio Morilla Grasa, Laura Beltrán Agullo, Karla Paola Gonzáles Farro, Alfonso Antón López
Institut Catalá de Retina. Barcelona

Objetivo: Evaluar la eficacia a largo plazo de la trabeculoplastia láser selectiva (SLT) en el tratamiento de la hipertensión ocular (HTO) y en el glaucoma de ángulo abierto (GAA).

Material y métodos: Estudio transversal y analítico en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de HTO y GAA, tratados con SLT en el año 2012. Se excluyeron los pacientes con menos de 1 año de seguimiento. En cada visita se realizó una exploración oftalmológica completa con imágenes estructurales y campos visuales para evaluar la progresión de la patología. Se definió como éxito una presión intraocular < a 18 mm Hg en el grupo de GAA e < 21 mm Hg en el grupo de HTO. El fracaso además fue definido como un incremento en la medicación tópica, necesidad de cirugía filtrante y cirugía del cristalino durante el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron un total de 78 ojos de 49 pacientes. La edad media fue de 65,2 +/- 12,2 años. 42 ojos tenían glaucoma de ángulo abierto primario, 6 pseudoexfoliación, 2 glaucoma pigmentario, 2 glaucoma afaquico y 26 hipertensión ocular. El seguimiento medio fue de 5,2 +/- 1,4 años. La presión intraocular (PIO) pre-tratamiento media fue de 21,2 +/- 3,7 mmHg. Después del tratamiento, esta se redujo a 17,1 +/- 3,2 mmHg (P<0,001) al año de seguimiento y a 17,4 +/- 3,5 mmHg (P<0,001) a los 6 años. 35 ojos (27,3%) requirieron más de una sesión SLT para lograr la presión intraocular objetivo; y 18 ojos (23,1%) cirugía filtrante. El análisis de supervivencia de Kaplan-Meier reveló una tasa de éxito a los 6 años del 50% aproximadamente, sin encontrar diferencias significativas (p> 0,05) entre los que recibieron tratamiento de 180°, respecto al grupo de 360°. Ninguno de los pacientes tuvo complicaciones relacionadas con el tratamiento.

Conclusión: Aunque el efecto de la SLT se reduce con el tiempo, nuestro estudio demuestra que puede ser una técnica eficaz para controlar significativamente la PIO a largo plazo.

24 Hipema en el postoperatorio inmediato de la cirugía combinada de catarata e implante iStent inject en pacientes con glaucoma

Carmen Sánchez Sánchez, Beatriz Puerto Hernández, Cristina López Caballero, Patricia González Rodríguez, Inés Contreras Martín
Clínica Rementería. Madrid

Objetivos: Estudio de las causas y del manejo postoperatorio de los pacientes operados sin complicaciones de cirugía combinada de catarata y glaucoma mediante implante iStent inject (FACO-iStent) con hipema en el postoperatorio inmediato.

Material y métodos: Analizar las características preoperatorias e intraoperatorias de los 3 ojos de 3 pacientes con sangrado en cámara anterior desde la revisión del día después de la cirugía. Así mismo se analiza el manejo médico-quirúrgico de los mismos y los resultados visuales postoperatorios.

Resultados: Varón, en tratamiento con adiro, operado de FACO-iStent OI. En la revisión del día después se observa un coágulo hemático adherido a la zona inferior del iris. La AV era de 0,8, y la PIO de 19 mmHg. Dada la ausencia de resolución con tratamiento corticoideo intenso durante la 1.^a semana, se decide lavado de cámara anterior en quirófano. A las 2 semanas, la AV era de 1 y la PIO del OI de 15 mmHg sin tratamiento.

Mujer operada de FACO-iStent del OI con hipema inferior de 1 mm el día después de la cirugía. Presentaba edema corneal con AV de 0.1 y PIO de 30 mmHg. Se aumentó la dosis de corticoide y se añade brimonidina. A los 4 días la AV era 1 y a los 15 días la PIO sin tratamiento de 10mmHg.

Mujer, amblíope, operada de FACO-iStent inject del OI. Al día siguiente, presentaba un coágulo que ocupaba desde la zona inferior iridiana cercana al implante hasta eje pupilar con visión de movimiento de manos y PIO en 16mmHg. A los 4 días se realiza lavado de cámara anterior, recuperándose la AV a las 2 semanas a 0,7 y PIO de 11 mmHg sin tratamiento.

Conclusiones: La presencia de hipema después de la cirugía de FACO-iStent inject es una complicación posible aunque infrecuente. Debemos individualizar la retirada de la medicación antiagregantes y anticoagulantes en función del riesgo-beneficio dada la aparición de casos espontáneos. Ante la resolución del evento, se consigue un buen control de la PIO y buenos resultados de AV postoperatoria.

DISCUSIÓN PÓSTER. CIRUGÍA II

Sábado 7 de Marzo de 11:00 a 11:30 horas

Discutidores: Dr. José A. Abreu Reyes

Dr. Alberto Martínez Compadre

Paneles Nos.: 25 al 32

25 Laceración de conjuntival por dispositivo XEN tras suturas de compresión por hipología

Santiago Montolío Marzo, Aitor Lanzagorta Aresti, José Vicente Piá Ludeña
FISABIO Oftalmología Médica. Valencia

Objetivo: El stent XEN45, englobado dentro del concepto de la cirugía mínimamente invasiva de glaucoma, supone un abordaje más seguro que la cirugía tradicional pero no está exento de efectos adversos. Entre las complicaciones potenciales se encuentra la hipotonía postquirúrgica.

Las suturas de compresión de la ampolla de filtración han demostrado ser útiles para la hipotonía por hiperfiltración secundaria a XEN45. En esta situación el dispositivo puede desencadenar la laceración de la ampolla al forzar la fricción entre el dispositivo y la conjuntiva. El objetivo de este caso clínico es describir dicha complicación que no ha sido todavía reportada en la literatura.

Material y métodos: Reportamos en caso de una paciente con hipotonía por hiperfiltración tras la implantación del dispositivo XEN45. El paciente presentaba hipotonía severa (6mmHg) con desprendimiento corioideo nasal y el dispositivo desplazado hacia el espacio subconjuntival con el extremo más proximal en la cámara anterior. Se llevó a cabo la recolocación ab interno del dispositivo junto con suturas de compresión sobre la ampolla, con un buen resultado. Por la presión de la conjuntiva contra el dispositivo la ampolla fue erosionada encontrándose filtración a través de la laceración.

Resultados: Dada la mala situación de la conjuntiva tras la erosión por el dispositivo XEN45 fue necesaria la reconstrucción de la ampolla con un injerto autólogo de conjuntiva, sin retirar el dispositivo. De esta forma se consiguió cesar la pérdida a través de la conjuntiva y controlar la presión intraocular (11 mmHg) sin medicación.

Conclusiones: Las suturas de compresión son útiles para el control de la hiperfiltración tras el implante XEN45 pero suponen un daño potencial a la conjuntiva por la erosión de la misma contra el dispositivo. Un seguimiento cercano y la retirada de las suturas de forma temprana parece recomendable en este tipo de pacientes.

26 Nuestra experiencia con el dispositivo XEN® en pacientes con cirugía filtrante previa

María Elena Bosa López, Celia Fusté Fusares, Juan José Molina Fernández
Hospital Universitari Mútua Terrassa. Barcelona

Objetivos: Estudiar los resultados de la presión intraocular derivadas del implante del dispositivo XEN® en pacientes con cirugía filtrante previa.

Material y métodos: Se realizó la implantación de dispositivo XEN® en 7 ojos de 7 pacientes con cirugía filtrante previa fallida, de los cuales 4 pacientes fueron intervenidos de esclerectomía profunda no perforante (EPNP) y los 3 restantes de trabeculectomía. De las 7 intervenciones, en un caso se realizó una cirugía combinada con implante de XEN® y facoemulsificación. El tiempo medio transcurrido entre ambas cirugías fue de 70,3 meses. La edad media de los pacientes era de 71.7 años. El tratamiento hipotensor previo al implante XEN® era de 2,7 fármacos. La PIO media preoperatoria fue de 21,8 mmHg. Se registró la PIO a las 24 horas, a la semana, al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de la cirugía.

Resultados: La PIO media era de 7 mmHg a las 24 horas, de 10,4 mmHg a la semana, de 14,4 mmHg a los 3 meses y a los 6 meses se objetivó una reducción de la PIO a 11,8 mmHg. Postoperatoriamente fue necesaria la realización de needling con inyección de 5-fluorouracilo en 2 casos por fibrosis de la ampolla, no habiéndose descrito más complicaciones. Solo un paciente requirió de tratamiento hipotensor tópico posterior.

Conclusiones: La implantación del dispositivo XEN® se mostró como una herramienta útil y poco invasiva para el control de la PIO en pacientes con cirugías oculares previas fallidas. Sin embargo, no se deben obviar las potenciales complicaciones. Destacar como limitaciones el tiempo de seguimiento y el número de pacientes.

27 Evaluación del astigmatismo refractivo tras cirugía de glaucoma con implante XEN® aislado o en combinación con cirugía de catarata

Ignacio Rodríguez Uña, Guía Prieto Fernández, Pedro Pablo Rodríguez Calvo

Instituto Oftalmológico Fernández-Vega. Oviedo, Asturias

Objetivos: Determinar el astigmatismo refractivo inducido tras el implante del dispositivo XEN, aislado o asociado a cirugía de catarata.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo, que incluyó pacientes con glaucoma de ángulo abierto o hipertensión ocular operados con implante XEN. Preoperatoriamente (preop), se realizaron un examen optométrico y oftalmológico completo, y pruebas complementarias de glaucoma.

Para la implantación del XEN se practicaba una incisión de 1,80 mm a aproximadamente 220° en ojos derechos (OD) y a 320° en ojos izquierdos (OI), para colocarlo en el cuadrante

nasal/superior. Adicionalmente, en los procedimientos combinados, la incisión principal era de 2,20 mm, localizada temporal (a 180° en OD y a 0° en OI); y una paracentesis 20G ortogonal. Se evaluó el astigmatismo al mes y a los tres meses de la intervención.

Resultados: Se incluyeron 80 ojos de 80 pacientes (edad media: 74,72±9,70 años). Hubo 22 implantes aislados y 58 combinados. No se hallaron diferencias significativas en el astigmatismo preop comparando el grupo de XEN (-1,15±0,94 D) y el grupo de cirugía combinada (-0,75±0,80 D) (p=0,56).

Al mes de la intervención tampoco se encontraron diferencias entre las dos técnicas (-1,09±0,90 D y -0,70±0,67 D, respectivamente) (p=0,23), pero sí a los tres meses (-1,39±1,14 D y -0,67±0,60 D, respectivamente) (p=0,02).

Dentro del análisis de cada grupo, el XEN no modificó el astigmatismo al mes de la cirugía (p=0,76), ni a los tres meses (p=0,70), comparando con el preop. Tampoco hubo diferencias en las cirugías combinadas al mes de la intervención (p=0,18), ni a los tres meses (p=0,12), con respecto al preop.

Conclusiones: Las incisiones corneales realizadas en ambas técnicas quirúrgicas provocaron variaciones no significativas en la magnitud del astigmatismo refractivo. Comparativamente, el implante de XEN solo indujo más astigmatismo que la cirugía combinada al tercer mes.

28 Retinopatía por descompresión con maculopatía tras trabeculectomía con MMC por glaucoma uveítico hipertensivo en paciente joven

Natalia Monja Alarcón, Susana Perucho Martínez, Elena Martín Giral, Carlos Fernández Escamez, Nicolás Toledano Fernández, Luna Chenoll Barbero, Miriam Buenasmañanas Maeso

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

Objetivo: Describimos un caso de retinopatía por descompresión con maculopatía tras trabeculectomía por glaucoma uveítico.

Material y métodos: Mujer, 42 años, remitida por cuadro compatible con uveítis anterior aguda hipertensiva en OI que no mejoraba pese a tratamiento corticoideo, midriático e hipotensor tópico. Exploración: AV 1, inyección ciliar, leucoma corneal, PRKS finos y tyndall++. PIO 35. Se sospecha etiología herpética por lo que se añade antivírico sistémico y se intensifica el tratamiento hipotensor. Estudio sistémico y PCR en humor acuoso para VHS y VVZ negativos. No control de la PIO ni de la inflamación pese al tratamiento antivírico y antihipertensivo máximo por lo que se decide trabeculectomía OI con MMC. En el primer día postoperatorio, presenta AV cuenta dedos, PIO 2 mmHg, cámara anterior amplia, ampolla extensa sin filtraciones ni seidel. La fundoscopia desveló retinopatía por descompresión con pliegues radiales maculares y retinianos en polo posterior, borrosidad en bordes papilares y hemorragias retinianas difusas en cuatro cuadrantes. Se inicia tratamiento con prednisona y valaciclovir oral y dexametosa, tobramicina, ciclopléjico y atropina tópicas.

Resultados: Se consigue una normalización de la PIO a los 4 meses con resolución completa de la maculopatía y recuperación de la AV (0,9). A los 8 meses presenta nuevo brote de uveítis hipertensiva que no se consigue controlar pese a tratamiento hipotensor máximo. Se decide implante de válvula de Ahmed que fracasa, precisando una segunda válvula a los 6 meses. En la actualidad presenta AV 1 y defecto campimétrico tubular con islote central conservado.

Conclusiones: Los pacientes con uveítis hipertensivas sin adecuado control de la PIO preoperatoria, especialmente si son jóvenes, tienen alto riesgo de sufrir hipotensión precoz tras trabeculectomía. Debemos intentar lograr una PIO preoperatoria adecuada para tratar de evitar la retinopatía por descompresión y sus complicaciones potencialmente graves.

29 Resultados funcionales y variación de contaje de células endoteliales en pacientes con Cypass

Mónica Gimeno Carrero, José Luis Torres Peña, María Dolores Lago Llinas, Beatriz de Lucas Viejo, Marta Montero Rodríguez, Esperanza Gutiérrez Díaz
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Objetivos: Analizar el resultado de presión intraocular (PIO) y necesidad de tratamiento hipotensor, así como el cambio en el recuento de células endoteliales, en 13 pacientes con implante de Cypass, a lo largo del primer año tras cirugía.

Material y métodos: Analizamos una muestra de 13 ojos en los que se implantó un Cypass antes de la alerta sanitaria. En el seguimiento valoramos resultados de PIO, agudeza visual (AV), contaje de células endoteliales, número de fármacos necesarios para control tensional y la necesidad de nueva cirugía.

Resultados: El estudio incluye 6 hombres y 7 mujeres. El 84,6% de ellos presentaba glaucoma primario y el 69,2% no había tenido cirugía previa. La AV preoperatoria era 0,4 SD +/- 0,1, la PIO preoperatoria 17,6 SD +/- 4,5 mmHg y el número de fármacos 2,15 SD +/- 0,37. En el postoperatorio no hubo variación en la AV y la PIO fue 16,0 SD +/- 3,5 mmHg, sin diferencia estadísticamente significativa respecto a la preoperatoria, pero sí observamos una reducción del número de moléculas hipotensoras. Ningún ojo requirió una nueva cirugía de glaucoma. En un caso decidimos recortar el implante por contacto corneal. En el primer año de seguimiento, no apreciamos diferencias estadísticamente significativas en el contaje endotelial. Sin embargo, sí observamos un comportamiento diferente según el número de células endoteliales; en los ojos con contaje por encima de 2500 cel/mm³ no parece existir disminución en el seguimiento, mientras que los ojos con menos 2500 cel/mm³ presentan una leve tendencia hacia el descenso.

Conclusiones: Encontramos una AV y PIO similares a las preoperatorias, pero con una reducción del número de fármacos necesarios. En un paciente fue necesario recortar el implante por contacto del mismo con la córnea. En el global de la muestra no podemos afirmar que se produzca un descenso en el recuento de células endoteliales, aunque en aquellos ojos con menor número de células endoteliales sí pudiera existir una tendencia descendente.

30 Nueva técnica quirúrgica para queratoplastia endotelial de membrana de Descemet en pacientes con válvula de Ahmed

Aitor Lanzagorta Aresti, Santiago Montolío Marzo, Ester Fernández López, José Vicente Piá Ludeña, Guillermo Rodríguez Iranzo
FISABIO Oftalmología. Valencia

Objetivos: El desprendimiento de la membrana de Descemet es la mayor complicación de la queratoplastia de membrana de Descemet (DMEK) por la dificultad para conseguir la presurización del ojo, que puede verse aumentada por la existencia de una válvula de Ahmed. Presentamos una nueva técnica quirúrgica para aquellos pacientes con válvula de Ahmed que van a ser sometidos a un DMEK.

Material y métodos: La técnica se ha realizado en 2 pacientes con queratopatía bullosa por múltiples cirugías previas, incluyendo una válvula de Ahmed, donde también habían fracasado dos intentos previos de DMEK. En ambos pacientes se había observado la dificultad para presurizar el ojo. La técnica consiste en que tras la descematorrexis bajo aire, el lumen del tubo es bloqueado con prolene 4/0. Se introduce el injerto del DMEK, desplegado y centrado. Posteriormente se usa una burbuja de hexafluoruro de azufre (SF₆) para rellenar la cámara anterior y a la hora, parte del gas se retira dejando aproximadamente un 75% de la burbuja. El bloqueo del tubo ayuda a conseguir una burbuja más duradera y estable; y finalmente, el prolene se retira 1 mes después, usando una de las paracentesis previas.

Resultados: En los 2 pacientes se consiguió un aposicionamiento perfecto del injerto y las cirugías fueron exitosas. Existió un leve aumento de la presión intraocular (PIO) que fue controlado con medicación tópica y al retirar el prolene, la PIO volvió a la normalidad.

Conclusiones: Bloquear el tubo de la válvula de Ahmed puede ser una alternativa para aquellos pacientes con DMEK que han fracasado previamente y se ha observado una dificultad para presurizar el ojo, sin aumentar aparentemente las complicaciones. Esta nueva técnica quirúrgica podría mejorar los resultados del trasplante en pacientes con queratopatía bullosa y dispositivos de drenaje.

31 Implante Ex-PRESS en glaucoma uveítico: a propósito de un caso

Ana Ruiz Palacios, María Esther Arranz Márquez

Hospital Rey Juan Carlos. Madrid

Objetivos: Un 20-30% de formas de glaucoma se deben a enfermedad sistémica u ocular: glaucoma secundario. La incidencia de glaucoma secundario a uveítis, glaucoma uveítico (GU), es 10-20%. Es una de las más serias, los pacientes tienen alto riesgo de defecto visual presentando doble problema: el daño inflamatorio de malla trabecular y uvea unido a la hipertensión ocular (HTO) asociada a corticoides; se deben tratar ambas inflamación y presión intraocular (PIO) elevada.

Material y métodos: Mujer 36 años con Ataxia de Friedreich desde los 15 años, presenta desde 2015 cuadros repetidos de uveítis intermedia bilateral con celularidad en cámara anterior y edema macular quístico; ha requerido uso casi continuado corticoides tópicos y sistémicos. Derivada a nuestra Unidad de Glaucoma en julio 2018 por PIO elevada no controlada en ojo derecho (OD) a pesar de brimonidina cada 12 horas, bimatoprost 0,3% cada 24 horas y dorzolamida/timolol cada 12 horas, presenta intolerancia a acetazolamida oral; y tratamiento uveítis con Salazopyrina 500 mg 2 comprimidos día y prednisona 5 mg día y tópico con dexametasona colirio cada 12 horas y pomada de Tacrolimus cada 12 horas en ambos ojos (AO). La PIO OD es 29 mmHg y ojo izquierdo (OI) 16 mmHg sin hipotensor. En la gonioscopia OD hay sinequias anteriores. Realizamos cirugía filtrante con implante Ex-PRESS P50 de primera opción en OD. La PIO el día 1 fue 5 mmHg, esta hipotonía se mantuvo durante 3 semanas. El mes 1 la PIO fue 12 mmHg y actualmente año 1 es 15 mmHg sin hipotensores.

Resultados y conclusiones: En el GU la HTO puede ser debida al cuadro inflamatorio o inducida por corticoides lo que supone un difícil manejo. En nuestro caso el implante Ex-PRESS es efectivo en el manejo del GU. Hemos obtenido buen resultado quirúrgico en reducción de la PIO a pesar de hipotonía postoperatoria precoz. La trabeculectomía no fue la opción más óptima por la cicatrización y fibrosis inducida por la inflamación y edad joven de la paciente.

32 Complicaciones tras implante de válvula de Ahmed en paciente con catarata congénita

Juana Martínez Morales, Paula Montes Rodríguez, Gisela Karlsruher Riegel,

Juan Ibáñez Alperte, Itziar Pérez Navarro, Miguel Ángel Broto Mangues,

Manuel Chacón Vallés

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Objetivos: Varón de 40 años con antecedente de catarata congénita en ojo izquierdo (OI) intervenida en la infancia que acudió al servicio de urgencias por OI rojo doloroso y disminución de agudeza visual (AV).

Material y métodos: La exploración oftalmológica en ese momento mostraba AV OD:0,9 y AV OI:0,4, edema corneal intenso difuso con precipitados pigmentarios en estroma, pseudo-faquia correcta con fibrosis capsular anterior en región inferior y midriasis media arreactiva.

La PIO del OI 40 mmHg. Se realizó una ecografía ocular que mostró hemorragia vítrea. Tras tratamiento con hipotensores, midriáticos y corticoides tópicos durante 48 horas, se realizó nueva valoración mostrando un pequeño nivel de hipema con medios transparentes y PIO OI 26 mmHg. Se realizó entonces una BMU que mostró hallazgos sugerentes de síndrome uveítis- glaucoma- hipema (UGH). El paciente presento varios episodios más de uveítis sin buen control, decidiéndose entonces explantar la LIO. Dada la afectación del nervio óptico, se decidió colocar una válvula de Ahmed, sin embargo, dado que la CA no había sido adecuadamente limpiada en la cirugía del explante, el tubo quedó obstruido por vítreo, siendo necesaria una vitrectomía posterior, así como una correcta limpieza del tubo. Tras este procedimiento el paciente presentaba buena cámara, la válvula correctamente posicionada y el tubo permeable, y la PIO 18 mmHg sin tratamiento.

Resultados: Seis meses después el paciente conserva las cifras de PIO controladas sin necesidad de tratamiento. La AV del OI (+14D) es de 0,6 y solicita ahora un implante secundario de LIO, que probablemente se llevará a cabo en los próximos meses.

Conclusiones: El síndrome de uveítis – glaucoma - hipema (UGH) es una complicación que puede aparecer tras la implantación de una lente intraocular (LIO) tanto en el postoperatorio precoz como tardío. Se debe sospechar ante cualquier paciente pseudofáquico con episodios recurrentes de uveítis no filiada.