

Viernes, 9 de marzo

SESIÓN I

Cirugía Glaucoma y Complicaciones

Moderadores: Dr. Alfredo Mannelli
Dra. Elena Arrondo

12:30 h. Manejo de la hipotonía postrabeculectomía con suturas compresivas y sangre autóloga

José Ramón Juberías Sánchez, Belén Carrasco Herrero, Carolina Ossa Calderón, Carolina Meneses Galicia, Fernando Ussa Herrera
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid

Caso clínico: Mujer de 75 años con glaucoma primario de ángulo abierto y antecedente de facotrabeulectomía con mitomicina C intraoperatoria (0,2 mg/ml durante dos minutos) en ojo derecho. Dos meses después de esta intervención presenta una hipotonía (4 mmHg), con una ampolla de filtración de elevación moderada pero extensa. La agudeza visual es de 0,6. En el segmento anterior no se observa atalamia y en el fondo de ojo no aparecen signos de maculopatía por hipotonía o pliegues coroideos. Se realizan dos inyecciones de sangre autóloga que no consiguen normalizar la presión intraocular (PIO).

Se presenta la maniobra de realización de suturas compresivas sobre la ampolla de filtración junto a la inyección de sangre autóloga local entre las suturas. A las 24 horas de esta técnica la PIO es de 20 mmHg. A los dos meses se retiran las suturas compresivas y la PIO sin tratamiento médico es de 14 mmHg. A los tres años la PIO es de 18 mmHg sin tratamiento hipotensor.

Discusión: La hipotonía postquirúrgica (PIO < 6 mmHg) tras trabeculectomía es una complicación que puede acontecer, según las series consultadas, con una frecuencia en torno al 7%. Existen diversas maniobras descritas para su manejo. La sutura del tapete de filtración es útil en casos precoces. En situaciones más tardías hay descritas varias técnicas posibles. Se pueden utilizar inyecciones de sangre autóloga con el fin de favorecer el proceso de cicatrización dentro de la ampolla de filtración, las cuales fracasaron en este paciente. Por otro lado, las suturas compresivas colocadas sobre la ampolla pueden delimitar el área de filtración. En este caso se optó por asociar estas dos maniobras (suturas compresivas y sangre autóloga) consiguiendo remontar la hipotonía de forma inmediata y manteniendo su efecto a los tres años de seguimiento.

12:34 h. Reparación quirúrgica tardía de ampolla isquémica y hernia uveal tras cirugía de glaucoma

Lucía Payá Serratos, Javier Guzmán Blázquez, Pedro Beneyto Martín, Teresa Pérez Martínez
Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo

Caso clínico: Varón de 81 años acude a la consulta siendo pseudofaco de ojo izquierdo, e intervenido de ese mismo ojo en otro centro, de desprendimiento de retina en 2003, y

EPNP con mitomicina en 2008, siendo ambliope el ojo derecho. A la exploración se observa una ampolla quística totalmente isquémica de paredes muy finas e incluso ausentes, con corectopia superior, hernia de iris-coroides, y sin seidel activo. Se decide inicialmente reconstrucción de la ampolla con injerto contralateral de esclera y conjuntiva. Al mes de la cirugía, se observa retracción del parche escleral y de la conjuntiva apenas vascularizada, a través de la cual, se visualiza la coroides, pero sin signos de hiperfiltración. Se plantea nueva intervención con parche de pericardio bovino (tutopatch®) junto con membrana amniótica. Durante los meses siguientes, la evolución fue muy favorable encontrándose el injerto en posición, avascular con hipotonía, y manteniéndose la agudeza visual previa a las cirugías reconstructivas. Tras 21 meses de la segunda cirugía, el paciente se encuentra estable con una ampolla quística que no filtra, y una conjuntiva con muy buen aspecto.

Discusión: El uso de mitomicina C como coadyuvante en la cirugía de glaucoma incrementa la posibilidad de complicaciones severas. Una de las complicaciones descritas es la aparición de ampollas isquémicas de paredes finas asociadas a un riesgo mayor de infección o blebitis. En nuestro caso, además, se une la desaparición del tapete escleral superficial de la EPNP, por lo que se optó por tratamiento quirúrgico para evitar el riesgo de blebitis. En la reconstrucción ocular de las cirugías de glaucoma se han empleado distintos tipos de tejido, tales como esclera, conjuntiva, y por otro lado, membrana amniótica, fascia lata o pericardio bovino. Nosotros, hemos obtenido un buen resultado a largo plazo con el uso combinado de membrana amniótica y pericardio bovino.

12:38 h. Hipertensión ocular tras aniridia traumática con hemorragia intraocular masiva

Joel Suárez Jáuregui, Núria Mendieta Rasós, Gabriel Arcos Algaba, Pilar Rojo Badenas

Institut Oftalmològic Creu Grogà. Barcelona

Caso clínico: Mujer de 65 años con antecedentes de pseudofaquia con lente multifocal, que acude de urgencias por traumatismo ocular en el ojo izquierdo. Presenta agudeza visual de percepción luminosa, hifema difuso en cámara anterior que impide explorar el resto de estructuras intraoculares y presión intraocular (PIO) de 20 mmHg. Se realiza un TAC orbitario que descarta fractura ósea y ecografía ocular en la que se confirma la integridad del globo ocular, apreciándose abundantes coágulos hemáticos en la cavidad vítrea y la retina aplicada. Se inicia tratamiento con corticoides tópicos abundantes, midriáticos e hipotensores tópicos. A la semana, se objetiva ausencia total de iris con lente intraocular centrada e incremento de la PIO a 34 mmHg, que requiere la adición de acetazolamida oral. A los dos meses, presenta agudeza visual de 0.8, cámara anterior arreactiva con aniridia traumática 360 grados y lente intraocular en saco, PIO de 14 con brinzolamida + timolol y restos hemáticos en vítreo. A los tres meses presenta buen control tensional, PIO de 17 mmHg, sin necesidad de tratamiento hipotensor y se adapta una lente de contacto cosmética alcanzando una agudeza visual de la unidad con muy buen resultado estético y funcional.

Discusión: El acúmulo de hematíes y células inflamatorias secundarios a un traumatismo ocular obstruyen la malla trabecular causando un aumento de la presión intraocular, que será temporal si no se produce ninguna lesión de las estructuras angulares. En un ojo pseudofáquico, la subida brusca de presión tras la contusión puede conllevar la apertura transitoria de las incisiones quirúrgicas, creando un gradiente de presión que puede provocar la desinserción completa y expulsión del iris pero a la vez actuaría como una válvula de descompresión evitando la ruptura del globo. La aniridia puede causar disminución de la agudeza visual y de la calidad de la misma que puede ser solventado con la adaptación de una lente de contacto cosmética.

12:42 h. **Trasplante de membrana amniótica y autoinjerto conjuntival en la reparación de la ampolla de filtración fistulizada postrabeculectomía**

Juan Ibáñez Alperte, María Isabel Bartolomé Sesé, Julen Berniolles Alcalde, José Ignacio Sánchez Marín, Alicia Idoate Domench, Francisco Javier Ascaso

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Caso clínico: Mujer de 65 años, con glaucoma crónico en ambos ojos a la que se le había realizado una cirugía combinada de catarata y trabeculectomía con mitomicina C en ambos ojos en el año 2001.

En 2011 acude a Urgencias presentando un punto de fuga tardío en la ampolla de filtración del ojo derecho con una agudeza visual de percepción de luz en el ojo derecho y 0.2 en el ojo izquierdo. En la exploración del ojo derecho se apreciaba una ampolla de filtración plana avascular, de paredes muy finas, recubierta por conjuntiva necrótica con un punto de fuga en el centro. La presión intraocular era de OD: 4 mmHg, OI: 17 mmHg.

Se reconstruyó la ampolla mediante el trasplante de membrana amniótica y autoinjerto conjuntival del ojo contralateral.

En los sucesivos controles se observó una conjuntiva sellada, con una buena filtración de la ampolla, alcanzando una PIO de 12 mmHg y una agudeza visual de 0.4 en el ojo derecho.

Conclusión: Son conocidas las complicaciones tardías que pueden presentar las ampollas de filtración tras la trabeculectomía con mitomicina C y el desafío que representan, la utilización del trasplante conjuntival autólogo sobre membrana amniótica es una alternativa eficaz en el tratamiento quirúrgico de las ampollas de filtración.

12:46 h. **Desprendimiento de la membrana de Descemet tardío en el contexto de cirugía no perforante de glaucoma**

Luis Carlos García García, Sebastián Yaluff Portilla, Lucía Rial Álvarez, Konrad Schargel Palacios, José Isidro Belda Sanchís, Daniel Artieda García

Hospital Universitario de Torrevieja. Alicante

Caso clínico: Se presenta el caso clínico de un paciente con diagnóstico de glaucoma crónico de ángulo abierto con mal control de cifras tensionales intraoculares en ambos ojos. Inicialmente tratado en monoterapia, llega a precisar tres fármacos, no consiguiendo aun así estar bajo control. Se opta por una cirugía combinada de EPNP + catarata, primero en ojo izquierdo. En el postoperatorio, se observa una evolución y presión intraocular adecuadas.

A los seis meses acude a control con disminución de la agudeza visual en el ojo operado. En la exploración se observan un desprendimiento de la membrana de Descemet con edema corneal localizado y cifras tensionales altas. Se realiza needling, goniopunción y se inyecta aire en la cámara anterior logrando resolver la complicación.

Discusión: El desprendimiento de la membrana de Descemet es una complicación muy rara tras cirugías de este tipo, pudiendo estar infradiagnosticada. Consiste en la separación del complejo endotelio-Membrana de Descemet del estroma posterior corneal. La patogénesis no está claramente establecida. Hay diferentes métodos de descematopexia para tratar esta entidad (farmacológico tópico, aire intracamerular, gases reabsorbibles, viscoelásticos, suturas transcorneales, queratoplastia penetrante, ...), existiendo controversia en cuanto al más adecuado.

12:50 h. Estrategias que marcan la diferencia entre el éxito y el fracaso en la cirugía del tubo de Baerveldt

Carolina Pallás Ventayol, Honorio Pallás Ventayol

CTIG – Centro Médico Teknon; ILO Oftalmología. Barcelona

Introducción: Los dispositivos de drenaje para glaucoma (GDD - Glaucoma Drainage Device) los hay diferentes pero frente a todos los demás la ventaja del tubo de Baerveldt (BGI - Baerveldt Glaucoma Implant) es que el descenso tensional es mayor con este dispositivo que con cualquier otro, valvulado o no valvulado.

Técnica quirúrgica: Explicamos (texto) y mostramos (vídeo) paso a paso y con todo detalle la cirugía del implante del tubo de Baerveldt, con consejos y estrategias concretos que permitirán a los cirujanos de glaucoma un control más preciso de la cirugía en sí y una importante diferencia en cuanto a la reducción a corto y largo plazo de las posibles complicaciones posoperatorias consecuencia de la hipotonía que podría derivarse por el hecho de tratarse de un dispositivo no valvulado: 1. entrada de 25Gauge, en lugar de 23G; 2. bloqueo INTRA-luminal del tubo ocluyendo internamente su lumen con una sutura no reabsorbible de nylon de 3/0 (supramid), que se retirará no antes de los tres meses posimplante. 3. bloqueo EXTRA-luminal ligando externamente el tubo con una o dos suturas no reabsorbibles de nylon de 10/0, que pueden eliminarse de forma temprana a los pocos días de la cirugía mediante láser Yag y ayudándonos de la lente de Blumenthal; 4. no se aconseja implantar un dispositivo de Baerveldt en ojos que posiblemente tengan un índice de producción de humor acuoso bajo, como ocurre en pacientes con un tratamiento previo de ablación del cuerpo ciliar y en el glaucoma uveítico a no ser que en este último caso en concreto nos planteemos implantar un BGI de 250 mm.

12:54 h. Implante Express como primera opción quirúrgica en el Síndrome Iridocorneo Endotelial

Sara Rodrigo Rey, Gema Bolivar de Miguel, Javier Paz Moreno-

Arrones, Miguel Ángel Castejón Cervero, Miguel Ángel Teus Guezala

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid

Casos clínicos: Presentamos los resultados de dos pacientes con síndrome irido-córneo-endotelial (ICE) en los que el implante Express ha sido la primera opción de tratamiento quirúrgico.

Se trata de dos mujeres jóvenes, de 33 años, que acudieron por visión borrosa en OI. Tras un estudio con las pruebas complementarias necesarias ambas fueron diagnosticadas de síndrome ICE en OI. Se inició tratamiento tópico antihipertensivo lográndose un control de la presión intraocular (PIO) durante dos años aproximadamente, presentando posteriormente un aumento progresivo de la PIO con grandes fluctuaciones, edema corneal y empeoramiento de la OCT y del campo visual, por lo que se decide realizar un tratamiento quirúrgico que consiste en el implante de un dispositivo Express a la paciente 1 e implante de dispositivo Express más facoemulsificación a la paciente 2. Con el implante Express se consigue controlar la PIO (12 y 15 mmHg respectivamente), que se mantiene estable sin necesidad de tratamiento adicional tras tres años de seguimiento, con una ampolla de filtración permeable.

Discusión: El síndrome ICE es una patología poco frecuente y de difícil manejo. Tanto el tratamiento médico, como la trabeculectomía y los dispositivos de drenaje tienen una alta tasa de fracasos. El implante Express puede ser considerado como primera opción quirúrgica en estos pacientes, ya que como mostramos, se puede obtener un buen control de la PIO a medio plazo, y el implante permite la permanencia del ostium abierto, cuyo cierre es una causa de fracaso de la trabeculectomía en estos pacientes. Además, con el implante Express se evitan las complicaciones relacionadas con el tubo de las válvulas de drenaje y

además conlleva menos inflamación postquirúrgica, una recuperación visual más rápida y una reducción de la necesidad de tratamiento médico adicional y de reintervenciones, lo cual hay que tener en cuenta en estos pacientes normalmente jóvenes con vida laboral activa.

12:58 h. Vitrectomía pars plana en seco como tratamiento de hipertensión aguda intraoperatoria en cirugía de catarata

Aitor Fernández García, José Luis Bueno Palacín, Carlos Sjöhlm

Gómez de Liaño, Francisco Poyales Galán

IOA Madrid – Innova Ocular. Madrid

Casos clínicos: La hipertensión aguda durante la cirugía de la catarata, es una complicación poco frecuente, que debe resolverse de forma reglada para obtener un buen resultado funcional. Las dos patologías diferenciales son: la mala dirección de flujo y el Desprendimiento Coroideo Hemorrágico (DCH). De su correcto diagnóstico intraoperatorio y de las decisiones quirúrgicas, dependerá la correcta resolución de este tipo complicaciones.

Caso 1: Paciente varón de 65 años de edad con GPAA y catarata. Se indica cirugía combinada de Facó-Express bajo anestesia subtenoniana. Tras una Facó emulsificación sin complicaciones, se produce una hipertensión intraoperatoria sin prolapso de iris que no permite introducir el mango de irrigación. Tras observar el fondo de ojo y descartar un DCH, se procede a realizar una Vitrectomía Vía Pars Plana (VPP) en seco para reducir la hipertensión intraocular y revertir la mala dirección de flujo. El cuadro mejora de forma inmediata y puede realizarse la cirugía sin complicaciones.

Caso 2: Paciente de 92 años de edad, hipermetrope con catarata. Se indica FemtoFacó cámara anterior estrecha. Tras la FacóEmulsificación y antes de la aspiración de las masas, se produce una hipertensión ocular con prolapso de iris. Se realiza una VPP bajo anestesia subconjuntival no objetivándose mejoría del cuadro. Se decide esperar bajo medicación intravenosa pero el cuadro no se resuelve. Al observar el fondo de ojo, se constata en periferia un DCH que es confirmado ecográficamente. Se decide posponer la cirugía y se realiza un control ecográfico del DCH. En un segundo tiempo, se termina la intervención colocándose la lente en saco sin complicaciones.

Discusión: Se debe realizar un buen diagnóstico diferencial en este tipo de eventualidades quirúrgicas, con el fin de realizar las maniobras adecuadas para la resolución de la hipertensión. La VPP en seco, se ha demostrado eficaz para la resolución de los casos de mala dirección de flujo.

13:02 h. Manejo quirúrgico del glaucoma de ángulo cerrado en el ojo nanoftálmico

Beatriz Ponte Zuñiga, Ainhoa Rosselló Ferrer, Isabel Relimpio López,

María José Cano Gómez, Aguas Santas Sánchez Rull, Ana Alcántara

Santillana

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Caso clínico: Mujer de 53 años con nanoftalmía bilateral, remitida por progresión del daño glaucomatoso a pesar de tratamiento médico pleno e iridotomías. Ambos ojos presentaban una hipermetropía magna, con una longitud axial de 16 mm, un ángulo estrecho y un grosor del complejo retina-coroideas-esclera de 2,7 mm. La PIO preoperatoria era de 31 y 18 mmHg. Planteamos la cirugía del ojo derecho en dos tiempos y bajo anestesia general. Realizamos dos esclerotomías inferiores, entrando a 3,5 mm del limbo y creando un doble tapete invertido escleral, de 3,5 por 3,5 mm, con un único punto de aproximación en cada tapete. En el postoperatorio inmediato, la PIO con acetazolamida era de 24 mmHg, con la retina aplicada

y un grosor retina-corooides-esclera sin cambios. A la semana, realizamos una vitrectomía central, con introducción de los trócares a 2,5 mm del limbo. Visualizamos los vasos sutilmente ingurgitados y un levísimo levantamiento neurosensorial. Estabilizamos el iris con un retractor subincisional y realizamos la cirugía de catarata con microincisión. Al mes tiene una PIO de 12 mmHg con timolol/brimonidina y acetazolamida. La retina está aplicada y el grosor retina-corooides-esclera estable.

Discusión: Se considera que estos pacientes tienen una esclera más gruesa, rígida e impermeable a determinadas proteínas, provocando una congestión coroidea por compresión venosa. En este contexto, la descompresión brusca generada por la cirugía de catarata puede inducir una efusión coroidea masiva, que dé paso a un desprendimiento de retina seroso, un desprendimiento coroideo e, incluso una hemorragia expulsiva o un glaucoma maligno. El objetivo de las esclerotomías previas es reducir este riesgo.

La vitrectomía profundiza la cámara anterior, facilitando la cirugía de la catarata, sin necesidad de administrar manitol, y reduce el riesgo de bloqueo angular.

En conclusión, la cirugía de catarata precedida de las esclerotomías, se ha mostrado efectiva y segura en este caso.

13:06 h. **Discusión**

SESIÓN II MIGS y Casos Médicos

Moderadores: Dra. M.^a José Vinuesa
Dr. Antonio Dou

16:15 h. **Perforación conjuntival tardía post-cirugía XEN**

Irene Gil Hernández, Rubén Escudero Igualada, Mar Schilt Catafal, Álvaro Olate Pérez, Vicente T. Pérez Torregrosa, Antonio Barreiro Rego, Antonio Duch Samper

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia

Caso clínico: Mujer de 78 años con antecedente de glaucoma primario de ángulo abierto intervenida mediante cirugía faco-XEN. A los 18 meses de seguimiento se observó que el extremo distal del implante había perforado la conjuntiva y producido seidel. Se decide reintervenir, y durante la cirugía se aprecia un trayecto subconjuntival corto (< 1,5 mm). Se intenta extraer repetidamente mediante tracción con pinza, pero el XEN se rompe. Así, se opta por seccionarlo hasta nivel escleral, y suturar la conjuntiva. Durante la primera semana post-intervención el dispositivo seguía filtrando. Pero, como era previsible, la conjuntiva se fue fibrosando y la presión intraocular aumentó de forma progresiva hasta 25 mmHg, por lo que la paciente precisa actualmente tratamiento médico.

Discusión: La perforación conjuntival con seidel por el dispositivo XEN es poco frecuente y puede aparecer de forma tardía. Es una complicación grave por el potencial riesgo de infección e hipotonía.

En el presente caso, con el tiempo, la altura de la ampolla se reduce y el trayecto subconjuntival corto (menor de 1,5 mm) del implante causa un alzamiento conjuntival «en tienda de campaña». El apoyo directo del extremo del XEN levantando la conjuntiva sumado a la fricción habitual del parpadeo en ese punto puede ser el desencadenante de la perforación. El XEN está fabricado con colágeno, un material frágil que se puede romper con su manipulación. Tras un tiempo de la cirugía, el trayecto intra-escleral queda encajado e inmóvil y, si intentamos recolocarlo o extraerlo, la fuerza de tracción que hay que realizar va a provocar su ruptura.

En caso de perforación tardía por el XEN, una buena alternativa puede ser resecarlo a nivel escleral y cerrar de forma hermética la conjuntiva para evitar las posibles complicaciones aún conociendo que perderá su funcionalidad.

16:19 h. Endoftalmitis tardía tras implante del dispositivo para glaucoma XEN45®

Teresa Colás Tomás, Silvia Pérez Trigo

Hospital del Tajo. Aranjuez, Madrid

Varón de 54 años, sin antecedentes personales de interés, que presenta antecedentes familiares de glaucoma e hipertensión ocular en ambos ojos (PIO basal: 26-32). Debido a los efectos sistémicos y locales que los diversos fármacos hipotensores tópicos le ocasionaron, se decidió tratamiento quirúrgico con implante XEN45® (Allergan, Inc., Irvine, CA) en OI. Se realizó la cirugía sin complicaciones. Al mes de la misma se precisa needling con mitomicina C por fibrosis y aplanamiento de la ampolla de filtración que había provocado movilización del implante en su trayecto subconjuntival. A los 6 meses la PIO está controlada con tratamiento (CF de β B- dorzolamida), objetivándose el extremo del Xen en un plano conjuntival más superficial. A los 8 meses de la cirugía el paciente acude por urgencias por dolor intenso y secreciones abundantes de 48 horas de evolución en OI, presentando una endoftalmitis con AV de percepción de luz. No refiere traumatismos, ni se objetiva en ese momento puerta de entrada. El cultivo de muestra vitrea es positivo para *Streptococo Oralis*. El hemocultivo fue negativo y la exploración sistémica descartó una causa endógena. Tras la mala evolución del proceso, persistencia del foco infeccioso y nulo pronóstico visual, se realiza evisceración del globo ocular.

Discusión: El roce conjuntival crónico y posterior extrusión de la boca del dispositivo, supuso probablemente la puerta de entrada del microorganismo que desencadenó la endoftalmitis. La retirada del implante cuando no se encuentra en el plano adecuado debe plantearse inmediatamente, a pesar de que no se objete en ese momento erosión conjuntival. Los nuevos implantes para cirugía de glaucoma, aunque son menos invasivos y parecen más seguros, no están exentos de complicaciones. Se trata del primer caso de endoftalmitis tardía tras implante de dispositivo XEN45® descrito hasta la fecha.

16:23 h. Desprendimiento coroideo masivo tras implante de dispositivo XEN

Laura Isabel Bernal Montesdeoca, Ramón Cobián Tovar, Josefina

Reñones de Abajo, Laura Blanca Alfaya Muñoz, Carlos de Astica Cranz

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de raza blanca de 77 años de edad con glaucoma avanzado de ángulo abierto bilateral. A pesar de terapia médica máxima en el OD, no alcanza su Presión intraocular (PIO) objetivo. Se implanta un dispositivo XEN sin incidencias bajo anestesia peribulbar e inyección subconjuntival de mitomicina C (1 ml 0,02%) en el sector superior nasal. El quinto día postoperatorio el paciente presenta un deterioro súbito de su agudeza visual (AV) hasta movimiento de manos, encontrando una PIO indetectable con ampolla formada, una cámara anterior plana, subluxación anterior de la LIO y desprendimiento coroideo (DC) con afectación macular («kissing»). La BMU, gonioscopia y OCT de segmento anterior descartan ciclodíalisis como primera hipótesis causal. Se procede de manera urgente a reconformar cámara, extracción de dispositivo XEN y drenaje del lóbulo coroideo inferior mediante esclerectomía. A las 3 semanas del abordaje quirúrgico, se objetiva resolución del DC y recuperación completa de la AV inicial.

Discusión: El implante XEN es un stent mínimamente invasivo eficaz y con menos complicaciones comparado con la cirugía clásica de glaucoma. Pese a ser no valvulado, se le atribuye un carácter restrictivo intrínseco por sus dimensiones que ofrece protección frente a hipotonías severas. Presentamos un caso clínico de DC en «Kissing» tras la inserción de un implante XEN y su manejo. La explicación causal exacta para esta complicación no queda evidente. La ciclodíalisis fue descartada. Encontramos como posible hipótesis la combinación de varios factores: la no discontinuación de las prostaglandinas tópicas precirugía y una excepcional respuesta inflamatoria individual al trauma quirúrgico que pudo incrementar la permeabilidad vascular coroidea. En la revisión literaria realizada, este es el primer caso descrito de desprendimiento coroideo en «Kissing» secundario a la inserción de un implante XEN.

16:27 h. Trabeculostomía Laser Excimer (ELT): primera MIGS ab-interno sin implante: resultados preliminares

Antonio Moreno Valladares, Nieves Puerto Amorós, Francisca González López, Michal S. Berlin

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete

Introducción: La Excimer Laser Trabeculostomy (ELT) es una técnica MIGS trabecular sin implante aplicada clínicamente desde el año 1997, que consiste en realizar orificios en el canal de Schlemm mediante laser frío XeCl de 308 nm. Presentamos los primeros casos intervenidos en España.

Casos clínicos: 15 pacientes con glaucoma de ángulo abierto, en los que se realizaron 5 ELT (1 fáquico, 5 pseudofáquicos) y 9 FACO-ELT. La edad media fue de 54 años, PIO lavado 27,6 mmHg PIO pretratamiento 20,4 mmHg con 2,20 fármacos. se aplicó bajo anestesia subtenoniana y viscoelástico cohesivo 10 disparos 200 micras 20Mz 1,28mj en cuadrante inferonasal espaciando los mismos de forma selectiva para alcanzar el mayor número de canales colectores. Se contabilizó el número de impactos donde se apreció reflujó sanguíneo, corroborando mediante gonioscopia postoperatoria la localización de los mismos. La recuperación visual fue inmediata, registrándose 3 casos de hipema leve y 2 picos hipertensivos que respondieron a tratamiento tópico. El recuento endotelial no presentó cambios significativos ni aparecieron sinéquias periféricas a las 6 semanas. En cuanto a los resultados se obtuvo una reducción significativa respecto a la PIO de lavado y no significativa respecto a la PIO pre, observándose correlación con el número de impactos con reflujó visible. El número de fármacos se redujo a 0,60.

Discusión: La ELT actúa sobre el canal de Schlemm eliminando la malla trabecular y la pared interna de forma selectiva. Se ha comprobado como el efecto del laser excimer no produce proliferación de fibroblastos permitiendo así obtener un efecto hipotensor a largo plazo (8 años). Es una técnica rápida y sencilla, con un alto perfil de seguridad y una rápida recuperación de los pacientes, con mínima tasa de complicaciones además de no depender de un implante. Estos resultados prometedores deben ser confirmados el futuro.

16:31 h. ¿MIGS en casos complejos?

M.^a Jesús Muniesa Royo, Juan Ezpeleta Campaña, Diego Castanera
Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

Caso clínico 1: Mujer 73 años, pseudofaquia bilateral con antecedente de cirugía desprendimiento de retina (DR) en ojo izquierdo 2 años antes con silicona intraocular. AV OD 0.6; OI 0.05; PIO OI 24 con tratamiento BB + IAC + AA + APG; gonioscopia OI: ángulo abierto IV con

silicona emulsificada superior; FO OD e/p 0.6, OI 10/10, retina aplicada. Se realiza cirugía filtrante con implante XEN nasal-inferior + MMC subconjuntival 0,1 mg/ml. A los 6 meses presencia de ampolla funcionante difusa nasal-inferior con PIO OI 14 con combinación fija de BB+IAC.

Caso clínico 2: Mujer 59 años, miope magna, con antecedente de cirugía de catarata en ambos ojos y cirugía de DR con vitrectomía y silicona intraocular en OD hace 1 año. AV OD cuenta dedos a 1 m; OI 0,2; OD pseudofaquia, silicona en CA; PIO OD 28 mmHg con BB + AA + APG; gonioscopia OD: ángulo abierto IV con silicona emulsificada superior. Se realiza cirugía mediante implante XEN nasal-inferior + MMC subconjuntival 0,1 mg/ml. Al mes ampolla difusa funcionante nasal-inf y PIO 14 mmHg.

Caso clínico 3: Varón 79 años con antecedente de trabeculectomía en OD y dos trabeculectomías en OI, con PIO controlada con tratamiento hipotensor en ambos ojos; FO OD e/P 0.3; OI e/p 0.8. Desarrolló un pseudopemfigoide tóxico con dolor, conjuntivitis y simbléfaron en ambos ojos que requirió la suspensión de todo el tratamiento tópico con subida de la PIO hasta 30 mmHg en ambos ojos. Ante el mal estado conjuntival, se obtuvo por un implante CyPass nasal-inferior en ambos ojos. A los 2 meses de seguimiento PIO OI 16 sin tratamiento hipotensor y al mes de seguimiento PIO OD 18 sin tratamiento hipotensor con significativa mejoría de la superficie ocular en ambos ojos.

Discusión: La cirugía mínimamente invasiva de glaucoma (MIGS) puede ser útil en algunos casos complejos de glaucoma donde queremos minimizar los riesgos. Hace falta mayor tiempo de seguimiento para posicionar las MIGS en casos complejos de glaucoma.

16:35 h. IPLA como alternativa al tratamiento médico convencional en el cierre angular agudo

Ioan Alexandru Placinta, Jorge Vila Arteaga, Clara Martínez Rubio
Hospital Universitario La Fe. Valencia

El tratamiento de urgencia del cierre angular agudo, primario y secundario, consiste tradicionalmente en terapia médica con hipotensores oculares tópicos, mióticos o midriáticos, acetazolamida y manitol intravenoso. Estos tratamientos se alargan a lo largo varias horas, tienen efectos secundarios sistémicos no desdeñables y en ocasiones no consiguen la disminución de la PIO deseada. La IPLA (iridoplastia con láser Argón) ha demostrado su eficacia y seguridad en el tratamiento de la hipertensión ocular aguda secundaria al cierre angular primario y secundario, pero no suele emplearse en nuestro medio como tratamiento inicial.

Casos clínicos: El objetivo de esta comunicación es de presentar 6 casos consecutivos de cierre angular agudo, 2 primarios y 4 secundarios tratados mediante IPLA, monitorizando mediante OCT-SA la variación de la morfología iridiana y del ángulo iridocorneal. La PIO se midió en el momento del diagnóstico, 15 y 60 minutos tras la realización de la IPLA. Asimismo se realizó OCT-SA antes y después del tratamiento.

En los cierres angulares primarios, la PIO de presentación media fue de 75 mmHg (rango 70-80), 15 minutos tras la realización de IPLA disminuyó a 31,5 mmHg (rango 28-35) y 60 minutos tras la IPLA fue de 21 mmHg (rango 20-22).

En el caso de los cierres angulares secundarios la PIO media al diagnóstico fue de 71 mmHg (rango 60-80), a los 15 minutos tras IPLA de 35 mmHg (rango 25-40) y a los 60 minutos de 23 mmHg (rango 20-26).

La OCT-SA demostró apertura del ángulo iridocorneal tras IPLA con incremento de la distancia de apertura angular (AOD) y del área iridotrabecular (TISA) en todos los casos.

Discusión: La IPLA es una técnica efectiva, segura y rápida en el tratamiento de la hipertensión ocular debida al cierre angular primario y secundario agudos, exenta de los efectos secundarios propios de la terapia médica convencional. La OCT-SA es una herramienta no invasiva muy útil en la demostración de la apertura angular tras IPLA.

16:39 h. Patrones de depósito del material exfoliativo en pacientes pseudofáquicos

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

Casos clínicos: La presencia de material exfoliativo sobre las lentes intraoculares se ha comunicado en escasas ocasiones. Nuestro objetivo es aportar dos nuevos casos de glaucoma pseudoexfoliativo, en los que años después de la cirugía de la catarata, se observan depósitos de material exfoliativo sobre las lentes intraoculares con patrones de presentación diferentes. En el primer paciente se aprecian unos depósitos de tipo granular puntiforme, respetándose el área central de la lente intraocular; mientras que en el segundo caso se aprecian unas estriaciones radiales en los 360°, con respeto igualmente del área central.

Discusión: Aunque la aparición de material exfoliativo sobre las lentes intraoculares se comunicó por primera vez en 1989 por Krause, y desde entonces se han publicado de forma esporádica algunos casos, debe recordarse que el glaucoma pseudoexfoliativo no se cura por la extracción del cristalino, sino que la producción del material exfoliativo continúa en el paciente pseudofáquico, lo que explica la aparición ex novo de los depósitos.

La existencia de distintos patrones de presentación depende de varios factores como la distancia entre el iris y la lente intraocular, las corrientes de circulación del acuoso en las cámaras anterior y posterior, el tiempo transcurrido tras la cirugía de la catarata, etc.

16:43 h. Análisis de estrías de Haab mediante tomografía de coherencia óptica

Blanca Benito Pascual, Gabriel Arcos Villegas, Federico Sáenz-Francés, Enrique Santos Bueso
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Casos clínicos: Se reclutó a tres pacientes adultos de entre 17 y 48 con glaucoma congénito primario diagnosticado en la infancia y hallazgo de estrías de Haab en las consultas de glaucoma. Se estudiaron los tres pacientes mediante lámpara de hendidura, tomografía de coherencia óptica de polo anterior (Heidelberg, Engineering Inc, Heidelberg, Alemania con el módulo de segmento anterior y Cirrus HD-OCT, Carl Zeiss Meditec, Dublin, California, USA con reconstrucción tridimensional) y biomicroscopía especular. Los resultados obtenidos se contrastaron con los hallados en la literatura sobre estrías de Haab en niños. Se encontraron excrescencias redondeadas protruyendo en cámara anterior y un tejido denso e irregular entre ellas. Estos hallazgos se corresponden a la evolución de los hallados en otros estudios.

Discusión: La aproximación a la microestructura de las estrías de Haab es un tema poco estudiado en la literatura. Mediante métodos no invasivos, como la tomografía de coherencia óptica y la biomicroscopía especular, actualmente es posible realizar tanto el diagnóstico como el seguimiento.

16:47 h. Glaucoma y degeneración transináptica retrógrada tras ictus: a propósito de tres casos

Laia Jaumandreu Urquijo, Fernando de Arriba Palomero, Gema Rebollada Fernandez, Francisco José Muñoz Negrete
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Casos clínicos: En pacientes donde coexiste una afectación visual por ictus y glaucoma no es sencillo hacer un diagnóstico de certeza y seguimiento de éste último ya que en ambas patologías se pueden producir alteraciones tanto campimétricas como estructurales.

Presentamos tres casos con antecedente personal de ictus isquémico con defectos homónimos en el campo visual (2 cuadrantanopsias y una hemianopsia) y en tratamiento por HTO/glaucoma. En dos de los tres casos (2 y 3) existía AF de glaucoma. Las PIOs basales, PQM y excavación papilar fueron en el caso 1: PIO OD 29 OI 22 mmHg, PQM OD 506 μ OI 509 μ , E/P OD 0,4 OI 0,3; caso 2: PIO 32 mmHg AO, PQM 560 μ AO, OD E/P 0,2 OI E/P 0,4, caso 3: PIO OD 26 OI 28 mmHg, PQM OD 536 μ OI 548 μ . En los tres existía afectación de las pruebas estructurales (OCT Spectralis CFNR y OCT Cirrus análisis de la capa de células ganglionares, CCG) congruente con una degeneración transináptica retrógrada sin claros defectos glaucomatosos.

Discusión: Cuando se produce una lesión del cortex occipital puede ocurrir una degeneración retrógrada transináptica de las CGR que se demuestra con OCT. A pesar de que puede detectarse tanto a nivel de CFNR como de CCG esta última es más sensible e intuitiva a la hora de demostrar este fenómeno. En la CFNR se ha descrito una disminución de predominio superior e inferior del ojo ipsilateral a la lesión cerebral y nasal y temporal del contralateral y en la CCG defectos homónimos correspondientes al CV. En los pacientes con afectación visual por un ictus y sospecha de glaucoma es frecuente tener que hacer seguimiento con OCT ya que el defecto homónimo podría enmascarar un posible defecto glaucomatoso y en ocasiones el mismo ictus dificulta la realización fiable de los campos. El patrón de afectación transináptica del ojo ipsilateral (superior-inferior) podría confundirse con una afectación de CFNR glaucomatosa. En estos casos el patrón del análisis de CCG puede ayudarnos a discernir entre ambas patologías.

16:51 h. Discusión