

Viernes 11 de marzo

SESIÓN I

**Moderadores: Prof. Javier Moreno Montañés
Dr. Jorge Vila Arteaga**

12:30 h. Uso de membrana amniótica en la exposición del implante XEN dos años después de su implantación

*Noelia Barriga Barrios, Joel Suárez Jáuregui, Núria Mendieta Rasós,
Mercè Guarro Miralles*

Hospital General de Granollers. Barcelona

Varón de 77 años, HLA B5 positivo, con antecedente oftalmológico de glaucoma y episodios repetidos de uveítis hipertensiva en su ojo derecho, ojo único. Destacan como cirugías oculares previas en su ojo derecho: cirugía de catarata e implante Express. Retirada posterior del dispositivo por contacto endotelial e implante de válvula de Ahmed. Extracción posterior de ésta por exposición del tubo e implante XEN. Revisión posterior del XEN e implante de un segundo XEN. Y finalmente, queratoplastia endotelial por edema corneal crónico. Acude a urgencias con sensación de cuerpo extraño en ojo derecho. Se observa, dos años después del implante del segundo XEN, perforación conjuntival a nivel del implante sin fuga. Se decide intervención quirúrgica por riesgo de infección en ojo único. No se extrae el implante XEN por no existir seidel y riesgo de romper el dispositivo por la rigidez del mismo. Se decide sutura de membrana amniótica sobre el dispositivo debido al estado de la conjuntiva por cirugías múltiples y tratamiento tópico hipotensor de larga duración. Y así evitar el riesgo de infección por exposición.

Discusión: La exposición conjuntival del XEN es una complicación rara, pero grave. La membrana amniótica puede ser útil y segura en casos de defectos conjuntivales con conjuntivas muy comprometidas

12:34 h. Implante XEN en el manejo del glaucoma uveítico

*Francisco Gosalbez Coalla, Lucía Rial Álvarez, Raquel Gutiérrez
Ezquerro, Víctor Sánchez Rico, Rosario Izquierdo Escámez, José Isidro
Belda Sanchís*

Hospital Universitario de Torrevieja. Alicante

Casos clínicos: Caso 1: paciente de 67 años diagnosticada de espondilitis anquilosante HLA B27+ en tratamiento con indometacina, leflunomida y golimumab como antecedentes sistémicos de interés. Durante el seguimiento en nuestro servicio presenta tres episodios de uveítis anterior hipertensiva en ojo izquierdo con buena respuesta a tratamiento antiinflamatorio e hipotensor tópicos. Tras el último brote presenta presiones intraoculares (PIO) refractarias

a triple terapia (rango de PIO 27 a 29 mmHg) así como daño a tanto a nivel de capa de fibras nerviosas del nervio óptico y de campo visual. Se propone implante de dispositivo XEN en ojo izquierdo, consiguiéndose mantener una PIO estable (rango 8-12mmHg) sin tratamiento hipotensor tópico hasta la actualidad.

Caso 2: paciente de 82 años con historia de obstrucción de vena central de la retina en ojo derecho y anemia falciforme como antecedentes personales de interés que presenta varios episodios de uveítis anterior hipertensiva idiopática en ojo derecho con buena respuesta a tratamiento antiinflamatorio tópico y con doble terapia hipotensora como tratamiento de fondo. Tras un nuevo brote de uveítis e imposibilidad de restablecer el buen control tensional pese a la adición de un tercer fármaco hipotensor, se plantea la inserción de un dispositivo XEN. Se consigue adecuado control tensional sin tratamiento hipotensor durante dos años, tras los cuales se produce extrusión conjuntival del implante. Tras reparación quirúrgica, se restablece el control tensional con betabloqueantes tópicos en monoterapia.

Discusión: El glaucoma uveítico es un glaucoma secundario cuya incidencia se estima en el 10%, si bien su aparición depende de factores como la etiología inflamatoria o la edad del paciente. Este glaucoma puede ser de ángulo abierto o cerrado, una distinción que condicionará las opciones de su tratamiento. Se presentan dos casos de glaucoma uveítico para revisar su fisiopatología y manejo médico y quirúrgico.

12:38 h. Aniridia congénita y cataratas: Manejo quirúrgico de un caso

Juan Ibáñez Alperte, Eva Josefina Núñez Moscarda, Paula Casas Pascual, Pablo Andrés Cisneros Arias, Marta Orejudo de Rivas, Ismael Bakkali El Bakkali, Enrique Mínguez Muro
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 40 años con antecedentes de aniridia congénita bilateral asociada a catarata bilateral y glaucoma en tratamiento crónico con prostaglandina tópica. Como antecedentes patológicos, su abuelo materno, su madre y un hermano también presentaban aniridia congénita y cataratas bilaterales. Refería disminución de la agudeza visual de varios años de evolución y fotofobia asociada. Presentaba una mejor agudeza visual corregida (MAVC) de 20/63 en ojo derecho (OD) y 20/50 en ojo izquierdo (OI); en OD catarata polar anterior, cortical y subcapsular posterior y en el OI catarata cortical. La presión intraocular estaba controlada con latanoprost.

Se intervino el OD llevando a cabo una facoemulsificación e implante de lente intraocular (LIO) de tres piezas en saco. Además se insertó una prótesis iridiana en el mismo acto. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, aunque no se obtuvo ganancia visual respecto a su MAVC previa. Dos meses después de la cirugía se constata edema corneal y PIO de 48 mmHg. Por mal control de la PIO con medicación oral y tópica, se decide manejo quirúrgico llevando a cabo el implante de una válvula de Ahmed. Tras la cirugía se obtuvo correcto control de PIO y actualmente el paciente se encuentra sin tratamiento hipotensor en OD y mantiene su AV previa a los abordajes quirúrgicos

Discusión: La aniridia congénita es una alteración ocular que asocia generalmente cataratas de inicio precoz, manejo quirúrgico complicado y resultados visuales pobres.

El implante de prótesis iridianas durante la cirugía de cataratas en estos casos se lleva a cabo para mejorar la fotofobia y el aspecto externo aunque se asocia a complicaciones como glaucoma secundario y descompensación corneal post quirúrgicos. Es importante un seguimiento estrecho de la PIO para el manejo adecuado de la hipertensión secundaria en estos pacientes.

12:42 h. «Doctora, no veo nada» Un reto diagnóstico en el postoperatorio inmediato de cirugía filtrante de glaucoma

Amaia Latorre-Garicano, Víctor Lázaro-Rodríguez, Ester Roquet-Puigneró, Jeroni Nadal Reus

Centro de Oftalmología Barraquer. Barcelona

Caso clínico: Mujer de 77 años con tratamiento anticoagulante por ser portadora de válvula aórtica mecánica. Acude al servicio de urgencias por presentar pérdida de agudeza visual de 3 días de evolución después de someterse a una EPNP con Mitomicina-C subescleral y subconjuntival 0,2mg/ml e implante Ologen bajo anestesia peribulbar.

A la exploración, se determina AV de movimiento de manos en OD. Bajo biomicroscopia, cámara anterior central grado III (Van Herick), reflejo fotomotor disminuido, ampolla de filtración difusa y signo de Seidel positivo. La PIO es de 1 mmHg. El fondo del ojo muestra una sugestiva mancha rojo cereza. Se realizan diferentes estudios de imagen con el propósito de realizar un diagnóstico diferencial con posibles causas de pérdida de agudeza visual tras cirugía de glaucoma, como son la maculopatía media aguda paracentral (PAMM) u obstrucción de arteria central de la retina (OACR) con maculopatía hipotónica asociada. Se diagnostica de OACR y maculopatía hipotónica asociada por la tan baja agudeza visual en el debut, la imagen de OCT macular y la imagen fundoscópica sugestiva. Se reforma la cámara con viscoelástico cohesivo y se realiza una sutura complementaria corneo-conjuntiva. Se solicita interconsulta con medicina interna.

A los 20 días de la cirugía, la PIO es de 6 mmHg y no se aprecian pliegues corio-retinianos en la OCT. A los 3 meses de la cirugía, la PIO es de 10 mmHg, la AV de 0,004 en OD.

Discusión: La OACR es una patología asociada a alta morbimortalidad cerebral y cardiovascular. El desafío, es hacer un diagnóstico diferencial con otras patologías más benignas que puedan causar pérdida transitoria de la visión. La OACR tras cirugía ocular es muy poco frecuente y el tratamiento se basa en maniobras de movilización del émbolo que se consiguen principalmente con hipotonía ocular. Por ello, la asociación de maculopatía hipotónica tras cirugía filtrante y OACR nos causó un gran reto diagnóstico y no está descrita hasta el momento.

12:46 h. Implante XEN® Gel Stent ab externo en casos extremos

Alejandro Pardo-Aranda, Rafael Fischer-Fernández, Laura Sánchez-Vela, Marta Garrido-Marín, Jaume Rigo-Quera, Antonio Dou Sáenz de Vizmanos, Marta Castany-Aregall

Hospital Universitari Vall D'hebron. Barcelona

El primer paciente acude por dolor en ojo izquierdo (OI) 2 meses tras cirugía de catarata complicada, con antecedente de glaucoma terminal en ambos ojos (AO), intervenido de cirugía de catarata en ojo derecho (OD) y trabeculectomía AO hace más de 20 años. Presenta una agudeza visual (AV) de 0.05 en OD y cuenta dedos a 40 cm en OI.

Se observa en OI una ampolla conjuntival fibrosada, reacción inflamatoria en cámara anterior y lente intraocular (LIO) en sulcus con un háptico sobresaliendo por iridectomía, con PIO de 10 mmHg. En tratamiento con inhibidores de anhidrasa carbónica y betabloqueantes cada 12 horas. Se añadieron corticoides, presentando un pico hipertensivo de 30 mmHg tras 1 semana y mal control tensional tras 1 mes de máximo tratamiento hipotensor.

Se realiza, bajo anestesia retrobulbar, recolocación de LIO en sulcus, peritomía de conjuntiva nasal, disección subtenoniana de fibrosis, aplicación de mitomicina C e inserción de implante XEN® Gel Stent ab externo, que se recubre con Ologen®. Se observó mínima salida de vítreo por iridectomía que se recortó de la paracentesis y se recolocó con espátula.

El segundo caso se trata de una paciente con antecedente de miopía magna, glaucoma terminal AO, cirugía de cataratas, esclerectomía profunda no perforante (EPNP) AO y válvula de Ahmed OI. Presenta una AV de movimiento de manos OD y 0.4 OI. En la exploración se observa en OI una ampolla plana con válvula de Ahmed superotemporal y PIO de 18 mmHg. Se realiza, bajo anestesia retrobulbar, disección conjuntival en cuadrante superonasal e implante de XEN® Gel Stent ab externo, que se recubre con Ologen®.

En ambos pacientes el postoperatorio transcurrió sin complicaciones, con ampolla formada y PIO de 8 mmHg.

Discusión: El implante de XEN® Gel Stent es una posibilidad quirúrgica a tener en cuenta en pacientes con glaucoma terminal con mal control tensional y antecedentes de múltiples cirugías, donde los tejidos están muy fibrosados y hay un escaso margen de actuación quirúrgica

12:50 h. Endoftalmitis infecciosa tras implante de válvula de Ahmed en paciente con Glaucoma Congénito Primario

Pilar Pérez García, Laura Morales Fernández, Juan Donate López, Carmen Dora Méndez Hernández, Enrique Santos Bueso, Julián García Feijoo

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Caso clínico: Se presenta el caso de una niña diagnosticada de Glaucoma congénito bilateral de inicio neonatal. El mal control de la presión intraocular en el ojo izquierdo, tras dos trabeculectomías, llevaron al implante de una válvula de Ahmed (Modelo FP-7, New World Medical Inc., Rancho Cucamonga, CA, USA) a la edad de 17 meses. Nueve días después, fue diagnosticada de endoftalmitis infecciosa, por lo que se realizó cirugía de extracción valvular, lavado de cámara anterior, lensectomía y vitrectomía; junto con un tratamiento antibiótico empírico combinando las vías intravítrea, subconjuntival, tópica y oral, logrando finalmente la preservación del globo ocular.

Discusión: La endoftalmitis infecciosa es una complicación muy infrecuente de la cirugía de pacientes con glaucoma congénito primario. Sus consecuencias, potencialmente devastadoras, conllevan un mal pronóstico visual y en ocasiones riesgo de pérdida ocular. Un diagnóstico precoz combinado con un tratamiento quirúrgico y antibiótico extenso resultan fundamentales para evitar la necesidad de evisceración.

12:54 h. Variabilidad clínica y genética en dos hermanas con glaucoma congénito primario

Alexandra Ruiz Guijosa, Laura Fernández Morales, Julián García Feijoo, Julio Escribano, Clara de Heredia Pastor, Almudena Miláns del Bosch

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Presentamos el caso de dos hermanas de 10 (paciente 1) y 12 años (paciente 2) de edad, ambas diagnosticadas de GCP bilateral al nacimiento. Su padre, diagnosticado de GCP bilateral, en la actualidad presenta buftalmos y leucoma bilateral, con amaurosis de ambos ojos. La madre fue diagnosticada de microftalmia bilateral.

La paciente 1 fue intervenida de goniotomía en AO en tres ocasiones. Debido a la evolución de la paciente, se le implanto 2 valvulas de Ahmed en cada ojo. Actualmente presenta mayor afectación del OI con longitud axial 26,27 mm, paquimetría de 676 micras, PIO 20-24 mmHg y una papila verticalizada de E/P vertical 0,7 y horizontal 0,4.

La paciente 2 es remitida a nuestro centro por mal control a pesar de un amplio historial de intervenciones quirúrgicas: goniectomías de 270° y trabeculectomías en AO, y 3 válvulas Ahmed en cada ojo. La paciente presenta nistagmo, leucoma total OI que cursa con opacidad de medios y AV de percepción luminosa. En AO la PIO era de 19-20 mmHg y papilas ópticas no visibles.

Se realizó un análisis genético del gen CYP1B1 de las pacientes, detectándose tres variantes potencialmente patogénicas y portando cada una de ellas dos alelos diferentes del gen AI ser una enfermedad con un patrón de herencia recesivo, es esperable que desarrollen GCP los portadores de dos alelos del gen CYP1B1 mutados. En nuestro caso, dos hermanas han heredado dos variantes patogénicas del gen distintas (heterocigotas compuestas)

Discusión: Las mutaciones del gen CYP1B1 se relacionan con el desarrollo de un GCP más agresivo y peor pronóstico visual. Sin embargo, la relación genotipo-fenotipo en el GCP es muy variable, no habiéndose demostrado una correlación consistente entre la presencia de una mutación concreta y la gravedad de la enfermedad. De hecho, el curso clínico es variable en los portadores de la misma mutación dentro de una familia, e incluso en el mismo paciente, pudiendo mostrar diferente progresión en cada uno de sus ojos, como en este caso

12:58 h. Evolución oftalmológica en el Síndrome de Andrade a propósito de un caso

Jaume Vila Castro, María Artigues Martínez, Noceiba Ben Hassen Jemni, Rocío Regueiro Salas, Emeterio Orduña Domingo
Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca

Se presenta un caso clínico sobre la evolución oftalmológica en una paciente con Síndrome de Andrade. Se describe el curso clínico de dicha paciente, así como el manejo que se lleva a cabo, en cada una de las fases que acontecen.

Mujer de 56 años que realiza revisiones anuales en oftalmología. Sin patología ocular hasta el momento. Fondo de ojo sin alteraciones. En 2015 trasplante hepático y renal. En el curso de los años aparecen, en el orden que se indica, velos vítreos por depósito amiloideo denso. Se opera de cirugía de catarata en ambos ojos. En el ojo izquierdo se inicia descompensación de la presión intraocular (PIO), que se maneja con tratamiento médico. Se produce un hemovítreo bilateral que requiere intervención quirúrgica. En el curso evolutivo, se producen elevaciones de la PIO en el ojo izquierdo que, finalmente, no se logran controlar con tratamiento médico. Se realizan dos intervenciones quirúrgicas para su control ya que comienza a haber indicios de afectación del nervio óptico. Tras la última cirugía filtrante, se produce un desprendimiento coroideo completo por hipotensión.

Discusión: El Síndrome de Andrade tiene como localización endémica más importante de España la isla de Mallorca. La enfermedad cursa con brotes por depósito de proteína amiloide a nivel de diversas estructuras oculares. Es muy controvertido el momento quirúrgico idóneo para el tratamiento de la descompensación de la elevación de la PIO, ya que representan un tipo de paciente con un postoperatorio poco predecible tanto por el propio depósito de proteína amiloide, como por otro tipo de complicaciones asociadas, como puede ser la queratoconjuntivitis seca. Planteamos como discusión si el tratamiento quirúrgico de la hipertensión intraocular debería hacerse de forma precoz, en vez de llegar a agotar las posibilidades de tratamiento médico

13:02 h. DISCUSIÓN

**Moderadores: Dr. Fernando Ussa Herrera
Dr. Alfonso Antón López**

16:15 h. Reparación de filtración peritubular con Tissucol® en Ahmed Clear-Path

Esperanza Gutiérrez Díaz, José Luis Torres Peña, Antonio García Louro
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Caso clínico: Paciente varón de 69 años, con glaucoma primario de ángulo abierto en ojo izquierdo con daño severo (campo tubular de 5°), operado previamente de trabeculectomía y catarata, y con progresión a pesar de tratamiento médico máximo (bimatoprost y combinación fija de timolol y brinzolamida). Se indicó implante de dispositivo de flujo libre, colocándose Ahmed Clear-Path en cuadrante temporal superior sin complicaciones, con tubo intraocular en cámara posterior y su extremo en área pupilar.

A las 24 horas de la cirugía se observó atalamia grado I con tubo en contacto con endotelio, por lo que se repuso cámara anterior con viscoelástico (Biolon®), con aumento inmediato de la PIO y de la profundidad de la cámara anterior, pero en los días siguientes volvió a presentar cámara anterior muy estrecha persistente, con PIO de 3-4 mmHg y tubo muy próximo a endotelio, por lo que se decidió revisión de la cirugía.

Al abrir, observamos filtración peritubular, que reparamos mediante una sutura en cruz de Vicryl 7/0 alrededor del punto de entrada del tubo. Asimismo, se acodó el tubo para reducir su longitud intraocular. Pero, además, para asegurar un cierre adecuado y eliminar la filtración peritubular, utilizamos Tissucol® para la fijar el parche de fascia lata a la esclera, cubriendo la entrada del túnel, y para cerrar la conjuntiva. En el postoperatorio, el paciente presentó un adecuado control tensional y cámara anterior de profundidad normal.

Discusión: La reparación de la filtración peritubular no es sencilla, y en ocasiones puede ser necesario realizar una nueva entrada y cambiar el tubo de posición. En el caso que presentamos, optamos por dar un punto de sutura al inicio del túnel para aproximar la esclera alrededor del tubo, y para asegurarnos que no hubiera filtración alguna, procedimos a cubrir la entrada con pegamento tisular. De esta manera obtuvimos un cierre completo con total eliminación de la filtración peritubular.

16:19 h. Manejo de la ampolla de filtración con fuga mediante crosslinking con riboflavina al 0,1% estimulada con radiación ultravioleta A

Víctor Lázaro-Rodríguez, Amaia Latorre-Garicano, Francisco Ruiz Tolosa

Centro de Oftalmología Barraquer. Barcelona

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente varón de 59 años con un cuadro de beblitis en ojo izquierdo. Como antecedentes oftalmológicos destaca glaucoma en tratamiento con carteolol cada 24 horas, así como varias cirugías de glaucoma en ambos ojos realizadas en otro centro incluida trabeculectomía con uso de mitomicina C hacia 5 años. Tras resolverse el episodio de blebitis, presentó una ampolla de filtración de paredes finas y con trasudación. La presión intraocular era de 17 mmHg y la agudeza visual de la unidad.

Debido a la presencia de trasudación de la ampolla y al antecedente reciente de blebitis, se decidió efectuar una sesión de crosslinking con riboflavina al 0,1% estimulada con radiación

ultravioleta A. Se estudió el tiempo de cese de la trasudación de la ampolla, así como la presión intraocular, la agudeza visual y la presencia de efectos adversos durante 3 años de seguimiento.

Una única sesión de crosslinking resultó efectiva en la resolución de la trasudación de la ampolla de filtración. Dicho efecto se produjo de forma temprana, a la semana del tratamiento, evidenciándose una ampolla de mejor aspecto con paredes más consistentes y sin trasudación. Se mantuvo de forma duradera, sin efectos adversos ni recurrencias de fuga de la ampolla ni de blebitis tras 3 años de seguimiento, con presión intraocular y agudeza visual estables.

Discusión: La fuga de la ampolla de filtración supone un reto terapéutico tras la resolución de una blebitis. Existen muy pocos estudios publicados en la literatura sobre el uso de crosslinking en ampolla de filtración con trasudación.

El crosslinking del colágeno con riboflavina al 0,1% estimulada con radiación ultravioleta A puede resultar un tratamiento sencillo, indoloro, no invasivo y repetible de la ampolla de filtración con fuga, con el objetivo de fortalecer las fibras de colágeno de la conjuntiva incrementando su rigidez para así impedir la trasudación y poder evitar tratamientos quirúrgicos más invasivos

16:23 h. Preserflo. Abordaje quirúrgico en tres casos de malposición

*Marta Montero Rodríguez, José Luis Torres Peña, Celia Ruiz Arranz,
Luis Alcalde Blanco, José Miguel Mulero López*
Hospital 12 de Octubre. Madrid

Casos Clínicos:

- Contacto corneal: Se implanta Preserflo en paciente varón de 78 años con GPAA OI. En el postoperatorio inmediato se observa posicionamiento muy anteriorizado del mismo, apareciendo contacto endotelial a los 15 días y, posteriormente, edema corneal localizado, por lo que se procede a la revisión y recolocación quirúrgica.

- Acodamiento: Se implanta Preserflo en paciente varón de 82 años con GPAA avanzado en OI (ojo único funcional). A los 2 meses se observa aumento de PIO con escasa presencia de ampolla de filtración. Se decide revisión quirúrgica, donde se observa escasa filtración y acodamiento del mismo, por lo que se decide explantarlo, observándose restos de pigmento en la zona de acodamiento. Se usan varios métodos de recanalización, en un intento de liberar el pigmento, se reimplanta correctamente en otra zona, observándose buena filtración, por lo que optamos dejarlo y no sustituirlo.

- Obstrucción externa del lumen: Se implanta Preserflo «de rescate» en paciente mujer de 19 años remitida de otra Comunidad con GPAA avanzado OI y cirugías previas, presentando reducido campo quirúrgico. A los 15 días presenta aumento de PIO y escasa ampolla de filtración por lo que se decide revisión quirúrgica. Se observa el lumen atrapado entre las fibras del recto medio. Se libera y se comprueba buena filtración, por lo que se decide redirigir la luz del tubo, fijándolo a esclera con nylon de 10/0, recubrimiento con Ologen y cierre por planos.

Discusión: El microshunt Preserflo es una alternativa quirúrgica que ha demostrado ser segura y eficaz, tanto a corto como a la largo plazo. La incidencia de complicaciones es baja. Presentamos los videos del abordaje quirúrgico en tres casos de malposición, debido, con toda probabilidad, a una mala técnica quirúrgica, posiblemente resultado de nuestra curva de aprendizaje, pero que se resolvieron correctamente tras la revisión quirúrgica, y que, en el fondo, nos enseñaron a ser mejores.

16:27 h. Nuestra experiencia con el dispositivo de drenaje Ahmed Clear Path

*José Enrique Muñoz de Escalona Rojas, Raúl Martínez Castillo,
Francisco Manuel Hermoso Fernández, María Cruz Rojo, Montserrat
Avilés Puigvert*

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada

Caso clínico: Varón de 52 años con glaucoma neovascular, presiones intraoculares de 56 mmHg con cierre sinequial de prácticamente 360°. Se decide realizar panfotocoagulación, inyecciones intravítreas con fármacos anti VEGF e implante de drenaje no valvulado tipo Ahmed clear path de 350 mm² con tubo retroiridiano.

La presión intraocular al mes y medio, tras la retirada de la sutura de prolene intraluminal, fue de 16,00 mmHg sin tratamiento tópico.

Discusión: Ahmed clear path se trata de un nuevo dispositivo que cuenta con una placa flexible y curva, que se adapta fácilmente a la forma del ojo. Existen dos tamaños disponibles, uno de 350 mm² y otro de 250 mm².

El diseño del cuerpo de la válvula de 350 mm², es más anatómico en la parte posterior, lo que permite su introducción debajo de los músculos con más facilidad, sin apenas tener que aislarlos. Los puntos de sutura están algo más anteriorizados, lo que hace que sea más fácil darlos. La sutura intraluminal de prolene, que evita la hipotonía, se recomienda retirarla en unas 4-6 semanas, y el posicionamiento del extremo distal subconjuntival cerca del limbo, hace que sea fácil de retirar en la consulta. Para facilitar algo de drenaje y mejorar la presión intraocular en el postoperatorio inmediato, realizamos unas fenestraciones en el tubo cerca del plato, lo que nos permitió mantener presiones controladas hasta la retirada de la sutura intraluminal.

16:31 h. «La pajarita y el puente», revisión de cirugía filtrante con ologen

María Prado Rodríguez, Manuel Javier González Rodríguez

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Eoxi Vigo

La cirugía filtrante de glaucoma (trabeculectomía, esclerotomía profunda no perforante con implante) es una técnica quirúrgica que ha demostrado ser efectiva en el descenso de la presión intraocular para alcanzar los objetivos marcados.

A pesar de su efectividad, es una técnica no exenta de complicaciones. Se ha visto que el factor asociado significativamente con el éxito de la cirugía así de la aparición de complicaciones, es la experiencia del cirujano principal.

Una situación inevitable y nada infrecuente con la que se encuentra el cirujano de glaucoma es el fracaso de filtración. La media de revisión de las ampollas tras una trabeculectomía, es de aproximadamente, 4 años.

La mayoría de los fallos de la ampolla se suelen producir en el espacio subconjuntival, aunque también pueden estar relacionados con el tapete escleral.

A menudo, después de varias maniobras infructuosas nos tenemos que plantear la revisión de la ampolla debe realizarse de forma quirúrgica.

Para la cirugía de revisión de la cirugía filtrante contamos con varias opciones, agentes antimetabolitos (Mitomicina-C), materiales biocompatibles que intervienen sobre la fibrosis y cicatrización como es el implante de Ologen.

Discusión: El implante de Ologen se trata de un material esponjoso de atelocolágeno porcino tipo I crosslinkado y liofilizado (>90%) y glucosaminoglucanos. Empleado vía subconjuntival, previene el fallo quirúrgico manteniendo el tamaño de la ampolla en la cirugía de glaucoma, evitando su cicatrización o la encapsulación.

Cada técnica quirúrgica (trabeculectomía, EPNP con implante), cuando fracasa, requiere un abordaje especial en la revisión. Queremos plantear una técnica quirúrgica para la revisión de la ampolla de la esclerotomía profunda no perforante, que hemos denominado «la pajarita y el puente».

16:35 h. Técnica de Drenaje Supracoroideo Mínimamente Invasiva

Jesús Téllez Vázquez, Jaume Crespí Vilimelis, María Baradad Jurjo, Ester Mingorance Moya
Hospital de Sant Pau. Barcelona

Maniobra quirúrgica: Se presenta el video quirúrgico de una técnica mínimamente invasiva para el drenaje de desprendimientos coroides (DC) aposicionales secundarios a hipotonía tras cirugía de glaucoma. Con anestesia regional se procede a colocar un mantenedor de cámara anterior y una sutura de tracción corneal. Posteriormente, se localizan los DC y, tras movilizar la conjuntiva, se procede a insertar un trócar de vitrectomía de 23 gauges. La entrada se realiza a 8 mm del limbo, con un ángulo de 45° respecto a la esclera y en la zona de máxima altura del DC. La presión ejercida por la infusión en cámara anterior provocará la salida del contenido hemático por el trócar. Al final de la cirugía, se retira el trócar y no se suturan la esclerotomías.

Discusión: La cirugía convencional para el drenaje de DC requiere peritomías amplias y varias esclerotomías de unos 3-4 mm. Esto supone un impacto importante en la cicatrización de la conjuntiva que puede hacer fracasar la cirugía de glaucoma tanto reciente como futuras. La técnica que se presenta es mínimamente invasiva, preserva la integridad de la conjuntiva y la esclera sin comprometer el éxito del drenaje del DC. Además, permite la realización de varias entradas en función de la localización de los DCs sin comprometer la cirugía de glaucoma previa. En cuanto al tipo de trócares, si bien los no valvulados suponen la mejor opción, también se pueden realizar con trócares valvulados y abrirlos con la ayuda de una pinza u otro instrumento. Por otro lado, si bien existen trócares de calibres más pequeños y por tanto potencialmente menos traumáticos, con los de 23G se facilita la salida del contenido hemático con poca variación en cuanto al impacto sobre los tejidos.

16:39 h. 27G en glaucoma: Serie de casos de vitrectomía con 27-G e implante de válvula de Ahmed en cavidad vítrea

Néstor Ventura-Abreu, Marta Pazos López, Joan Giralt, Xavier Carreras, Anna Sala-Puigdollers
Institut Clínic d'Oftalmologia, Hospital Clínic de Barcelona

Casos clínicos: La válvula de Ahmed es un dispositivo cuyo tubo se puede implantar en el segmento anterior, y si se realiza una vitrectomía (VPP), en cavidad vítrea. Existen series de casos publicadas en las que, cuando se combinan ambos procedimientos por coexistencia de patología vítreo-retiniana y glaucoma, se emplea uno de los puertos de la VPP para introducir el tubo en cavidad vítrea, sin necesidad de realizar esclerotomías extras. Esta técnica se ha descrito en VPP empleando trócares de 23G y 25G, pero hasta la fecha, no en la VPP con 27G.

Presentamos una serie de cuatro casos en los que se realizó una VPP con 27G, y se implantó posteriormente una válvula de Ahmed en cavidad vítrea. Tres casos fueron pacientes con glaucoma maligno refractario a tratamiento médico y láser, y el cuarto fue un paciente con múltiples cirugías de glaucoma, y un trasplante corneal previo con compromiso endotelial.

Los pacientes lograron una reducción de la presión intraocular de 41.5 a 14.5 mmHg a los 12 meses, y de 3 a 2 colirios a los 12 meses, no siendo estadísticamente significativo. Aunque no hubo complicaciones graves, tres de los pacientes desarrollaron edema macular cistoide que necesitó corticoides intraoculares para su resolución. En dos de los pacientes, además, fue necesario ampliar parcialmente la esclerotomía para lograr la introducción del tubo de la válvula.

Discusión: La cirugía combinada de VPP con 27-G e implante de válvula de Ahmed en cámara vítrea puede estar indicada en ciertos escenarios, como en patología conjunta de retina y glaucoma. Considerando la baja tasa de filtración peritubular publicada hasta la fecha, la eficacia con las cirugías combinadas con VPP 23 y 25G y, la necesidad de ampliar parcialmente la esclerotomía en algunos de los pacientes, se debe considerar que la decisión de realizar o no vitrectomía 27-G podría estar supeditada, principalmente, por la indicación de la cirugía de retina y/o las preferencias del cirujano de retina

16:43 h. **OMNI: 1, 2, 3**

María José Vicente Altabás, Mario García Hermosín, Damián García Navarro, Andrés Biescas Merino, Blanca Ferrández Arenas, José Manuel Larrosa Poves, Luis Emilio Pablo Júlvez
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Casos clínicos: Presentamos 6 casos clínicos de glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA) que fueron sometidos a cirugía con el dispositivo OMNI®, asociando en 5 de ellos facoemulsificación de catarata.

Mostramos la técnica quirúrgica y los resultados a corto y medio plazo en la evolución de estos pacientes.

Discusión: Los mecanismos de elevación de la presión intraocular (PIO) en ojos con GPAA son complejos e incluyen problemas relacionados con alteraciones en la red trabecular, canal de Schlemm y canales colectores distales. Las cirugías tradicionales, como la trabeculectomía y la implantación de un microtubo de derivación, evitan estas estructuras y desvían el humor acuoso al espacio subconjuntival. Recientemente, una creciente familia de cirugías de glaucoma mínimamente invasivas (MIGS) ha surgido para lograr la reducción de la PIO sin formación de ampollas para evitar los problemas asociados a estas (fibrosis conjuntival, infecciones, ampollas voluminosas muy sintomáticas...) al restaurar el flujo a través de la vía fisiológica convencional de salida. Uno de los dispositivos de esta familia es el sistema quirúrgico OMNI®, que fue diseñado para abordar las tres fuentes de resistencia al flujo de salida: red trabecular, canal de Schlemm y colectores distales. Este dispositivo posee una cánula a través de la cual se deslizan un microcatéter y viscoelástico para realizar secuencialmente viscodilatación/canaloplastia y trabeculotomía, ayudando de este modo a aumentar el flujo de drenaje de humor acuoso. Gracias a este dispositivo es posible realizar con una sola cirugía dos procedimientos y vencer tres puntos de resistencia al flujo.

La relativa novedad de este dispositivo hace que se considere importante el seguimiento y análisis de resultados a largo plazo en la práctica clínica habitual.

16:47 h. **DISCUSIÓN**