

Viernes 17 de marzo

---

## SESION I

**Discutidores:** Dr. Carlos Lázaro García  
Dr. Ignacio Rodríguez Uña

**09:00 h. Hipotonía y efusión coroidea tardía en pacientes intervenidos de glaucoma tras re-introducción de tratamiento hipotensor con inhibidores de anhidrasa carbónica. A propósito de 3 casos**  
*Alexandra Arrieta los Santos, Andrés Valencia Megías, M.<sup>a</sup> Ester Lizuain Abadía, Raquel Cebrián Sanz, Ana Ibáñez Muñoz*  
Hospital San Pedro. La Rioja

*Caso clínico:* Presentamos el caso de 3 pacientes intervenidos de glaucoma que presentaron hipotonía extrema junto con desprendimientos coroideos tras la reintroducción de combinación fija con inhibidores de anhidrasa carbónica. Paciente 1: varón 73 años intervenido de Glaucoma PEX mediante Facotrabeulectomía, al reintroducir Timolol + Dorzolamida (Cosopt). Paciente 2: varón 77 años intervenido Glaucoma PEX mediante Trabeculectomía, al reintroducir Brinzolamida + brimonidina (Simbrinza). Paciente 3: mujer 67 años intervenida de Glaucoma (dudoso PEX) mediante Facotrabeulectomía al reintroducir Timolol + Dorzolamida (Cosopt) En los 3 casos la evolución fue buena con resolución a las 2-3 semanas de suspender el fármaco. No presentaron este tipo de síntomas con otras terapias hipotensoras.

*Discusión:* Los desprendimientos coroideos suelen ocurrir con mayor frecuencia en el postoperatorio inmediato de la cirugía de glaucoma, sin embargo, existen casos de aparición tardía cuando se precisa reintroducir de nuevo la terapia hipotensora. Sobre todo si la terapia funciona como agente supresor de humor acuoso.

Si revisamos la literatura, encontramos que los casos de desprendimientos coroideos tardíos asociados a re-introducción de terapia hipotensora ocurren sólo en ojos a los que se les ha realizado cirugía previa, independientemente del tiempo acontecido desde la cirugía. El hecho de mantener tensiones moderadamente más bajas post-cirugía les hace ser susceptibles de sufrir un efecto hipotensor mayor, pudiendo dar lugar a una hipotonía con efusión coroidea. La asociación de inhibidores de la anhidrasa en combinación fija parece incrementar este riesgo. La evolución resulta favorable tras la suspensión del fármaco.

**09:04 h. Desprendimiento descemeto-endotelial tras esclerectomía profunda no perforante: a propósito de un caso**  
*Francisco Ruiz-Tolosa, Halima Berrada*  
Centro de Oftalmología Barraquer. Barcelona

*Caso clínico:* Presentamos el caso de una paciente de 75 años con antecedentes de glaucoma crónico avanzado asociado a cataratas. Presentaba un mal control de su glaucoma y acusaba una disminución de su visión. Se le propuso la cirugía de esclerectomía pro-

funda no perforante + extracción de cataratas e implante de lente intraocular en ambos ojos que se llevó a cabo sin complicaciones peroperatorias y postoperatorias inmediatas. A los cuarenta días de la cirugía del ojo izquierdo, la paciente presentó una disminución de su agudeza visual (AV) a raíz de un Desprendimiento Descemeto-Endotelial (DDE) que abarcaba desde la zona corneal adyacente a la ventana trabeculodescemética hasta el eje visual.

Se decidió proponer a la paciente una inyección de hexafluoruro de azufre (SF6%) en cámara anterior con previa realización de iridotomías con láser YAG en cuadrantes inferiores. Tres días tras las iridotomías, la paciente se presentó a control con una resolución completa del DDE sin necesidad de inyección intracamerular de SF6% con la consecuente recuperación de su AV (0.3 a 0.65).

*Discusión:* El DDE postquirúrgico es una complicación afortunadamente muy infrecuente en la cirugía de glaucoma, cuyo manejo puede llegar a ser complejo en casos con afectaciones extensas. La etiología suele ser idiopática. A través de este caso, se describe la evolución de un DDE con fotografías e imágenes de tomografía de segmento anterior hasta la resolución del mismo mediante iridotomías YAG en cuadrantes inferiores y sin necesidad de inyección de SF6% en cámara anterior.

### **09:08 h. Monitorización de las fluctuaciones de la presión intraocular tras implantación de iStentInject® mediante sensor en lente de contacto**

*María Jesús Muniesa Royo, Elena Brotons Muñoz, Marta Pazos López, Elena Milla Griñó*

Hospital Clinic. Barcelona

Hay evidencia de que la fluctuación de la presión intraocular (PIO) es un factor de riesgo para el desarrollo y la progresión de glaucoma. La monitorización continua con sensor en lente de contacto (SLC) ha demostrado la capacidad de aportar información sobre la fluctuación de la PIO-relativa durante 24 horas. Se ha publicado que la cirugía de glaucoma dependiente de ampolla es capaz de suprimir significativamente la acrofase nocturna de los pacientes comparado con el tratamiento médico del glaucoma. Hasta la fecha, no existe información sobre el efecto de la cirugía trabecular con iStentInject® sobre las fluctuaciones durante 24 horas obtenidas con monitorización continua en condiciones fisiológicas con sensor en lente de contacto SENSIMED Triggerfish®.

Presentamos el caso de una paciente de 76 años con glaucoma primario de ángulo abierto y catarata en su ojo izquierdo con PIO de 13 mmHg con dos principios activos y una afectación campimétrica de -10.04 dB. Previo a la cirugía combinada de catarata e iStentInject® se realizó una monitorización continua de la PIO con SLC objetivando una marcada acrofase nocturna. Al mes tras la cirugía de facoemulsificación e implante iStentInject®, la paciente se controló con una PIO de 14 mmHg sin tratamiento hipotensor. Se realizó una segunda monitorización de la PIO durante 24 horas con el SLC SENSIMED Triggerfish® y se objetivó una ausencia de la acrofase nocturna con una disminución significativa de la fluctuación de la PIO-relativa durante las 24 horas.

Podemos concluir que la monitorización continua con SLC es una tecnología útil para describir los efectos de las distintas opciones de tratamiento del glaucoma sobre los patrones de PIO durante las 24 horas, así como objetivar que la cirugía trabecular mínimamente invasiva con iStentInject® es capaz de disminuir de forma significativa las fluctuaciones de la PIO con abolición de la acrofase nocturna, que se ha descrito elevada en los pacientes con glaucoma.

## 09:12 h. Manejo quirúrgico del desprendimiento coroideo seroso tras 1 año de la cirugía filtrante: A propósito de un caso

*Ramón Cobián Tovar, Daniel Fernández Díaz*

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Hospital Abente y Lago. A Coruña

*Caso clínico:* Varón de 88 años, que acude a urgencias presentando una sombra en Ojo izquierdo (OI) desde hace 4 días. Como antecedentes presenta Glaucoma primario de ángulo abierto en ambos ojos (AO), avanzado en Ojo derecho (OD) y hace 1 año se realizó Facoaspiración simple con implante de LIO en saco con Trabeculectomía con Mitomicina C 0,02% 2 minutos en OI. Su Máxima Agudeza visual corregida (MAVC) es: OD movimiento de mano y OI 0,3. Su Presión Intraocular (PIO) es 14 mm Hg en OD y 6 mm Hg en OI.

Se diagnostica de Desprendimiento Coroideo (DC) seroso nasal y temporal en OI y se pauta tratamiento médico tópico y oral. Acude a control presentando MAVC cuenta dedos a 1 metro en OI. La PIO en OI es 4 mm Hg. A la exploración en OI: Ampolla de filtración plana con cámara anterior (CA) grado II. En la gonioscopia no se aprecia iridodialisis y en el fondo de ojo (FO): DC en los 4 cuadrantes casi en kissing. Se decide realizar Revisión de ampolla de filtración con recubrimiento con parche de esclera suturada. Durante la cirugía se inyecta azul tripan en cámara anterior (CA) para determinar la zona exacta de la filtración, encontrándose un adelgazamiento escleral de 3mm adyacente al tapete escleral por donde filtra humor acuoso teñido. Se sutura parche de esclera cubriendo la zona y se deja viscoelástico dispersivo en CA. A las 24 horas la PIO en OI es 23 mm Hg con ampolla de elevación media y la CA amplia. Además presenta sólo DC nasal en el FO, constatando su resolución en los controles sucesivos. En la última visita tras 2 meses de la cirugía, presenta una MAVC OI 0,4 y PIO OI 21 mm Hg.

*Discusión:* Una de las causas más frecuentes de hipotonía es una cirugía filtrante reciente, sin embargo su aparición tardía presenta una etiopatogenia controvertida. La presencia de DC asociado, supone un reto terapéutico, donde se debe identificar y corregir precozmente la causa para evitar sus complicaciones asociadas.

## 09:16 h. Disgenesia angular asociada al síndrome de Alagille. A propósito de un caso sobre glaucoma infantil en estadio terminal

*Antonio Dou Saenz De Vizmanos, Marta Garrido Marin, Charlotte*

*Wolley Dod, Alejandro Pardo Aranda, Jaume Rigo Quera, Olivia Pujol Carreras, Marta Castany Aregall*

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

*Objetivos:* El síndrome de Alagille es un trastorno hereditario caracterizado por una colestasis debida a una hipoplasia biliar intrahepática. Puede asociar rasgos faciales peculiares, anomalías cardíacas, esqueléticas, renales y oculares, estas últimas sin haberse asociado a riesgo de pérdida visual. El embriotoxon posterior es la alteración ocular más frecuente, estando presente en un 95% de estos pacientes. El glaucoma, sin embargo, no ha sido descrito en asociación a este síndrome. Describimos el caso de una niña con síndrome de Alagille, glaucoma en estadio terminal, y sospecha de disgenesia angular.

*Material:* Para el seguimiento del caso se han realizado pruebas complementarias como la Tomografía de Coherencia Óptica de Segmento Anterior (OCT-SA), OCT de nervio óptico, campo visual, retinografía y gonioscopia.

*Resultados:* (presentación del caso): Se presenta el caso de una niña nigeriana de 12 años con síndrome de Alagille, antecedentes de trasplante hepático a los 3 años y en tratamiento con corticoterapia prolongada a bajas dosis desde 2017 hasta ahora (2.5-6 mg/día de prednisona oral). En la exploración se objetiva una agudeza visual de 0.7 en ambos ojos, presión

intraocular de 44/41 mmHg, cristalino transparente, embriotoxon posterior y excavación papilar terminal. En la gonioscopia se objetiva una estructura angular anómala con procesos iridianos prominentes y pigmento en la línea de Schwalbe, y en la OCT-SA una ausencia de canal de Schlemm en la mayoría de los cortes. La orientación diagnóstica es de posible disgenesia angular relacionada con el síndrome, sin poderse descartar una asociación con respuesta a los corticoides.

*Conclusiones:* En la literatura no se ha descrito previamente casos de glaucoma asociado a tratamiento con corticoides ni a disgenesia angular en pacientes con síndrome de Alagille. El caso presentado obliga a considerar el glaucoma como causa de pérdida visual irreversible en estos niños.

## **09:20 h. Glaucoma pigmentario unilateral secundario a melanocitosis ocular congénita**

*José Ramón Juberías Sánchez, Carolina Ossa Calderón, Belén Carrasco Herrero, Florencia Cellini Martínez*  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

*1.º Caso clínico:* Se presenta un caso de glaucoma pigmentario secundario a melanocitosis ocular. Mujer de 78 años remitida a consulta de glaucoma por elevación de la presión intraocular (PIO) en su ojo derecho (OD). La agudeza visual en OD es 0,9 y en ojo izquierdo (OI) 1,0 sin corrección. La PIO en OD 28 mmHg y en OI 16 mmHg sin tratamiento. Espesor corneal 565 micras en ambos ojos. En el segmento anterior se evidencia una hiperpigmentación a nivel episcleral/escleral y un aumento difuso de la pigmentación del iris del OD en relación al OI. En la gonioscopia del OD, se observa un ángulo abierto con hiperpigmentación difusa de todas las estructuras angulares, más marcada en la porción filtrante de la malla. Tanto las pruebas estructurales (OCT de capa de fibras y de células ganglionares) como funcionales (campo visual 24-2) muestran un daño glaucomatoso en el OD, mientras que el OI es normal. El tratamiento tópico con latanoprost consiguió disminuir la PIO a 20 mmHg y posteriormente con una combinación fija de latanoprost y timolol se obtuvieron presiones mantenidas de 17 mmHg.

*2.º Discusión:* La melanocitosis ocular congénita es un trastorno infrecuente caracterizado por un aumento del número, tamaño y pigmentación de los melanocitos. Existen tres formas clínicas. Melanocitosis ocular, que es la menos frecuente, circunscrita al ojo y es la que se presenta en este caso clínico. Melanocitosis dérmica, que sólo afecta a la piel y supone un tercio de los casos. Y, melanocitosis oculodérmica o nevus de Ota, que es la más frecuente. Esta forma de glaucoma pigmentario secundario aparece en aproximadamente el 10% de los casos de melanocitosis ocular congénita. La hiperpigmentación de las estructuras angulares y la obstrucción de la malla trabecular estarían producidas por los melanocitos anómalos y la melanina depositados sobre ellas, a diferencia del glaucoma pigmentario primario, donde el pigmento procede del epitelio posterior pigmentado del iris.

## **09:24 h. Manejo de la hipotonía traumática por desprendimiento del cuerpo ciliar: desde el tratamiento médico conservador, crioterapia transescleral hasta el abordaje quirúrgico. A propósito de un caso**

*Bachar Kudsieh Biloun, Rocío Vega González, Lucía Gutiérrez Martín, José María Ruiz Moreno*  
Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid

*Caso clínico:* Presentamos el caso de un varón de 40 años con hipotonía ocular tras traumatismo contuso sobre su ojo izquierdo. En la exploración se observó una miopía inducida por el desplazamiento anterior del cristalino con cámara anterior y periferia estrecha que

dificultaba la visualización del ángulo por gonioscopia. Mediante tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (OCT-SA) se detectó una efusión ciliocoroidea 360° y una ciclodialisis de 7 a 11 horas así como pliegues coroides maculares en la OCT de segmento posterior. Inicialmente el paciente fue tratado con cortisona tópica y cicloplejia sin cambios salvo leve profundización de la cámara anterior. Tras un mes del tratamiento conservador se llevó a cabo crioterapia transescleral con 4 impactos en la zona de la ciclodialisis sin mejoría. Se optó por el tratamiento quirúrgico mediante la sutura directa del cuerpo ciliar a la pared escleral y reposicionando la raíz del iris hacia el espolon escleral con aguja recta de 10-0 tras marcar los planos quirúrgicos mediante gonioscopia intraoperatoria. A la semana de la intervención, la presión intraocular estaba en 12mmHg con cámara anterior profunda, observando la raíz del iris en sitio en la gonioscopia y una posición normal del cuerpo ciliar en las imágenes de la OCT-SA.

*Discusión:* El tratamiento de la hipotonía traumática por desprendimiento del cuerpo ciliar va a depender del grado de hipotonía y de la extensión de la ciclodialisis. El tratamiento puede ser médico, ineficaz en nuestro caso, laser argón indirecto sobre el área de dialisis, no planteable en nuestro caso por la falta de visibilidad de las estructuras angulares. La crioterapia transescleral tampoco resultó efectiva. Se optó por la cicloplejia quirúrgica con sutura escrita por Spiegel en 1990, con éxito anatómico y resolución de la hipotonía desde la primera semana postoperatoria.

## **09:28 h. Tratamiento de defecto conjuntival de espesor completo post cirugía XEN mediante colirio de Endoret®**

*Alba Marín Ballesteros, Ester Mingorance Moya, Jesús Téllez Vázquez*  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

*Caso clínico:* Se presenta un caso de resolución de defecto conjuntival de espesor completo secundario a cirugía de implante XEN que se resolvió mediante la aplicación de colirio de Endoret®.

Se trata de una paciente con GPAA sometida a cirugía de implante XEN. En el postoperatorio, presenta hipotonía con hipotalamia y desprendimiento coroideo, precisando reformación de cámara anterior mediante inyección de viscoelástico. A los 13 días post-cirugía, se observa un defecto conjuntival de espesor completo, seidel +. Se realiza tratamiento conservador con oclusión compresiva, que no resulta efectivo, por lo que se realiza punto de sutura conjuntival en 2 ocasiones diferentes, persistiendo seidel + con conjuntiva circundante avascular. A continuación, se realiza reconstrucción quirúrgica de ampolla con avance conjuntival. En la revisión se objetiva dehiscencia de las suturas, dejando expuesto un defecto de espesor completo del epitelio conjuntival seidel +. Ante esta situación se decide realizar tratamiento conservador con aplicación de colirio Endoret® tres veces al día, consiguiendo resolver el defecto conjuntival y negativizar el seidel tras 10 días de tratamiento.

*Discusión:* Endoret® busca la regeneración tisular mediante la concentración de factores de crecimiento y citoquinas presentes en la sangre del propio paciente. Contiene un gran número de agentes biológicamente activos, incluyendo factores de crecimiento epidérmico, concentrado de plaquetas, factores de crecimiento plaquetario, fibronectina o vitamina A. Esta tecnología se ha empleado con éxito para el tratamiento de diferentes patologías de la superficie ocular como el síndrome de ojo seco, el defecto epitelial persistente o la úlcera neurotrófica.

Los resultados obtenidos, consiguiendo una resolución completa del defecto conjuntival con Endoret® indican que su uso podría ser de gran utilidad en el manejo de los defectos conjuntivales persistentes y las ampollas avasculares en cirugía de glaucoma.

## 09:32 h. Cierre angular agudo secundario a fármacos en paciente con microftalmia anterior relativa

*Mónica Nathalia Tarazona Daza, Javier Guzmán Blazquez, María Luisa Pérez Gancedo, Teresa María Pérez Martínez*  
Hospital Universitario de Toledo.

*Caso clínico:* Mujer de 42 años, con antecedente de discapacidad intelectual y diabetes mellitus tipo 2, en tratamiento con Mirabegron, Sulpirida y Metoclopramida entre otros. Acude a urgencias por cuadro clínico de 1 mes de episodios intermitentes de cefalea, náuseas, vómitos y ojo rojo bilateral. Al examen oftalmológico se objetiva agudeza visual (AV) OD 1 y OI 0.5, anisocoria con midriasis media arreactiva mayor en OI, hiperemia conjuntival bilateral, edema corneal epitelial en OI, cámara anterior estrecha bilateral, presión intraocular (PIO) OD 38 mmHg y OI mayor de 50 mmHg, papilas normales y gonioscopia ángulo cerrado más de 180°.

Biometría con microftalmia anterior relativa con diámetro corneal de 10 mm, longitud axial de 21.6 mm y profundidad de cámara anterior 1.94 mm. Ante la sospecha de cierre angular agudo bilateral, se inicia tratamiento médico hipotensor tópico-sistémico, con mejoría clínica en OD, sin embargo, en OI persiste PIO mayor de 50 mmHg. Se realiza iridotomía laser periférica en OI sin respuesta clínica significativa (PIO 45 mmHg), razón por la cual se realiza exéresis de cristalino transparente. Durante el seguimiento, la PIO no se controla, presenta disminución de AV y signos de neuropatía óptica glaucomatosa, siendo necesaria la realización de una cirugía filtrante.

*Discusión:* El cierre angular es una emergencia oftalmológica que se produce como resultado de una obstrucción al flujo de salida del humor acuoso entre las cámaras anterior y posterior del ojo, generando un aumento importante de la presión intraocular. Los casos bilaterales pueden ser secundarios al tratamiento farmacológico de patologías sistémicas. En este caso el tratamiento con Mirabegron, Sulpirida y Metoclopramida pueden causar todos ellos un cierre angular. Aunque la extracción de cristalino o la iridotomía puede resultar curativa en un alto porcentaje de pacientes, no siempre son capaces de controlar la presión intraocular, precisándose entonces una cirugía filtrante.

## 09:36 h. Doble mecanismo de glaucoma: pigmentario y neovascular. A propósito de un caso

*Pablo Torrelo Navarro, Irene Platas Moreno, Laura Guerrero Altares*  
Hospital Universitario Jiménez Díaz. Madrid

*Caso clínico:* Varón de 47 años, latinoamericano, derivado a consultas de Glaucoma por presión intraocular (PIO) en ojo derecho (OD) 22 mmHg y en ojo izquierdo (OI) 40 mmHg con sospecha de glaucoma neovascular. Destaca como antecedente retinopatía diabética: proliferativa en OD con vitrectomía y fotocoagulación (FC) por hemovítreo y no proliferativa en OI. Presenta una mejor agudeza visual corregida de 0,5 en OD y 0,6 en OI. Se detecta buena cámara anterior, huso de Krukenberg, no rubeosis y excavación de 0,4 en OD y 0,6 en OI. La gonioscopia revela grado III de Shaffer con hiperpigmentación en ambos ojos (AO). Campimetría con defecto arciforme superior en AO y escalón nasal inferior en OD. Tomografía con defectos en sectores superior e inferior de papila del OI. Con diagnóstico de glaucoma pigmentario se inicia terapia tópica. El tratamiento fracasa en OI por progresión de daño campimétrico obligando a cirugía filtrante (Express con Mitomicina C). Posteriormente se detecta retinopatía diabética proliferativa que genera hemovítreo en OI, demorando el manejo hipotensor. Tras cirugía vitreoretiniana y de catarata de OI y un mal cumplimiento, persiste la hipertensión obligando a cirugía de dispositivo de drenaje (Ahmed). Ante fracaso

de control tensional y empeoramiento a nivel campimétrico se coloca otra válvula de Ahmed llegando a regular parcialmente la visión y PIO del OI.

*Discusión:* El glaucoma secundario implica una fisiopatogenia y un pronóstico visual más reservado que en el glaucoma primario. Aunque no son excluyentes, la coexistencia de diferentes tipos de glaucoma secundario, como el neovascular y el pigmentario, es poco frecuente. La coalescencia de los dos tipos de glaucoma junto con la edad, la raza, la patología sistémica y el mal seguimiento, condicionaron la evolución del paciente obligando a un manejo agresivo de su patología.

**09:40 h.    DISCUSION**

## SESION II

**Discutidores: Dr. José L. Urcelay Segura  
Dra. Esperanza Gutiérrez Díaz**

**16:15 h.    Cirugía combinada compleja: vitrectomía bajo queratoprótesis temporal con trasplante de córnea y colocación de válvula de Ahmed**  
*Cristina Blasco Suñé, M<sup>a</sup> Jesús Quiroz Quiroga, Jorge Armentia Pérez de Mendiola, Isaac Alarcón Valero, Núria Mendieta Rasos, Romina Muñiz Vidal, Pablo Jenaro Martí Rodrigo*  
Hospital de l'Esperança, Parc de Salut Mar. Barcelona

*Caso clínico:* Paciente de 39 años que acude al Servicio de Urgencias de Nuestro Centro por dolor ocular OI de semanas de evolución. Como antecedentes refiere miopía de -6 D aproximadamente en ambos ojos (AO) y explica antecedentes quirúrgicos en su país de origen de desprendimiento de retina en OD en 2011; cirugía refractiva con implante de LIO y explante posterior en 2015; queratoplastia penetrante (QPP) OI por descompensación corneal en 2017 con posterior rechazo y re-QPP en 2019. Diagnosticado de glaucoma en OI en tratamiento actualmente con terapia máxima (cuatro fármacos).

A la exploración la agudeza visual (AV) es de cuenta dedos a 2m en AO sin mejoría con esfenopéico. La biomicroscopía presenta un leucoma superior en OD, afaquia y atrofia de iris parcheada; y en OI se aprecia conjuntiva no hiperémica, descompensación corneal y fibrosis subepitelial marcada, así como anirida con remanentes solo en zona inferior afaquia y cámara anterior formada. La presión intraocular (PIO) es de 16 mmHg en OD y 35 mmHg en OI (medida con icare) por lo que se añade tratamiento con acetazolamida cada 8h vía oral. El fondo de ojo no es valorable por opacidad de medios, pero aporta informe de angiografía de 2016 que presenta hiperfluorescencia en papila OI y parecen áreas de isquemia en periferia y exudación con isquemia en macula. Se realiza un campo visual estímulo V con baja fiabilidad, pero se aprecia un defecto inferior en OI.

*Discusión:* Ante la complejidad del caso se decide abordar el mismo con una cirugía combinada en cuatro fases con tres cirujanos: colocación de la queratoprótesis temporal; realización de vitrectomía vía pars plana 23G y panfotocoagulación mediante endoláser; colocación del botón corneal de donante y, finalmente, colocación de la válvula de Ahmed en cavidad vítrea.

En contadas ocasiones se presenta la necesidad de realizar un abordaje multidisciplinar en un mismo paciente en el mismo acto quirúrgico, siendo la mejor alternativa para el paciente.

## **16:19 h. Implante Express asociado a otras cirugías de segmento anterior**

*Cristina Gómez Sánchez, Nieves Puerto Amorós, Oscar Martín Melero, Francisca González López, Antonio Moreno Valladares, Francisca Dolores Del Valle Cebrián*  
Complejo Hospitalario de Albacete.

*Caso clínico:* Presentamos 2 casos clínicos de pacientes con implante Express y patología de segmento anterior asociada.

Primer caso, mujer de 74 años con glaucoma crónico de ángulo abierto que precisó reintervención de EPNP en ambos ojos (AO) hace 9 años por fracaso de la ampolla. Se implantó un Express en AO con buena respuesta hipotensora. Al cabo de 7 años, presentó descompensación endotelial en el ojo izquierdo.

El recuento endotelial en el ojo derecho era de 700 céls/mm<sup>2</sup>. Dado el buen control tensional se conservó el implante y se realizó una queratoplastia endotelial sin incidencias, con buen comportamiento de la burbuja y sin dislocación ni descentramiento del injerto. La evolución postoperatoria es favorable, con buen control de la PIO como del injerto corneal. El Express puede afectar el recuento endotelial, pero en este caso no podemos asegurar que sea el origen de la descompensación corneal del OI, pues el OD aún mantiene el mismo recuento. Segundo caso es un varón de 85 años con aniridia por un defecto de estructuras tras una antigua cirugía extracapsular de catarata. Se realizó queratoplastia penetrante e implante de LIO de aniridia de Morcher. En el posoperatorio aumentó la PIO y no respondió al tratamiento habitual. Debido al estado de las estructuras no pudo realizarse una EPNP y se implantó un Express. La posición del implante se comprobó con lente de gonioscopia por la opacidad corneal periférica. El postoperatorio cursó sin incidencias y con buen control de la PIO. Después de 1 año, presenta 1757 cels/mm<sup>2</sup>, el Express permanece bien posicionado, normofuncionante y con PIO normal.

*Discusión:* El implante Express es una opción quirúrgica segura y eficaz en el tratamiento del glaucoma. Ojos con implante Express podrían ser intervenidos de queratoplastia endotelial sin incidencias. Ser portador de lente de aniridia no es una contraindicación. La lente de gonioscopia es una herramienta fundamental en el quirófano de glaucoma.

## **16:23 h. Reparación quirúrgica de la extrusión del cuerpo de un implante Paul para glaucoma, a propósito de un caso**

*Sara Carlota Labay Tejado, Jordi Izquierdo Serra, Bernardo Sánchez Dalmau, Elena Millá Griñó*  
Hospital Clínic. Barcelona

*Caso clínico:* El implante PAUL para glaucoma (IPG) se trata de un novedoso dispositivo de drenaje no valvulado que, a diferencia de otros dispositivos, se coloca debajo de los músculos extraoculares lo que aumenta su estabilidad minimizando el riesgo de extrusión.

Presentamos el caso de un paciente con glaucoma refractario intervenido en varias ocasiones, que se operó de un IPG y que sufrió una extrusión parcial del ala lateral a los 3 meses. El paciente presentaba una laceración conjuntival a través de la cual asomaba parte del ala lateral, con fuga de humor acuoso a través de la herida y una penetración excesiva del tubo en cámara anterior por la dislocación del IPG. La presión intraocular era de 5 mmHg, sin signos clínicos de hipotonía. El objetivo es describir una técnica quirúrgica sencilla pero eficaz para resolver esta compleja situación. Durante la intervención se observó un exceso de fibrosis en el tendón del músculo recto lateral responsable de la retracción muscular con expulsión del ala del implante hacia el espacio subconjuntival que secundariamente causó la erosión y la extrusión del dispositivo. Se intentó repetidamente recolocar el ala del implante debajo del músculo sin éxito, por lo que se decidió recortar una parte del ala lateral de manera que pudo



deslizarse bajo el recto lateral y se suturó el cuerpo a la esclerótica para conseguir mejor estabilidad. En las visitas siguientes el paciente presentó presiones intraoculares alrededor de 12 mmHg sin medicación hipotensora y el implante se mantuvo en correcta posición.

*Conclusiones:* La extrusión del cuerpo de los implantes de drenaje es una complicación rara y mucho más infrecuente que la extrusión del tubo. Nuestro caso pudo ser resuelto de forma fácil y satisfactoria en parte gracias al tipo de material flexible del IPG y su especial diseño que facilita su manipulación. Hasta donde sabemos, es la primera vez que se describe una complicación de este tipo con este nuevo implante.

### **16:27 h.    Uso de fascia lata como prevención de dehiscencia conjuntival en un caso de cirugía con Preserflo**

*Marta Montero Rodríguez, Cristina Calleja García, Antonio García Louro, Elena Puertas Martínez, Adrián Lodares Gómez, Diego Burón Pérez, José Luis Torres Peña*  
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

*Caso clínico:* La dehiscencia conjuntival es una complicación importante tras la implantación de cualquier dispositivo de drenaje. La hipotonía crónica, la epitelización o la endoftalmitis son algunas de las complicaciones derivadas de ello.

Como factores de riesgo figura el mal estado de la superficie ocular debido al uso crónico de medicamentos tópicos, la existencia de cirugías previas o la propia edad del paciente. En la implantación del Preserflo es muy importante asegurar un buen recubrimiento del implante. Para ello se aconseja la sutura por capas de la Tenon y conjuntiva.

Presentamos un caso en el que, ante una conjuntiva muy fina y lábil incapaz de asegurar un buen recubrimiento y funcionamiento del implante, y dado el desabastecimiento actual de Ologen, utilizamos Fascia Lata como sustituto del mismo.

La evolución postoperatoria ha sido buena, y en la actualidad presenta buen recubrimiento del implante, formación de ampolla y buen control tensional.

(Presentamos video de la cirugía y fotos de la evolución)

*Discusión:* El uso de fascia lata en este tipo de cirugía puede ser una buena alternativa para prevenir la dehiscencia conjuntival.

### **16:31 h.    Utilidad de la OCT-SA ante un fracaso del implante Preserflo Microshunt por su plegamiento en el túnel escleral**

*Gemma Ortega-Prades, Yolanda Cifre-Fabra, Sergio-Alfredo Maugard-Teppe, Prudencia Rochina-Pérez, Vicente-Tomás Pérez-Torregrosa, Antonio-Miguel Duch-Samper*  
Hospital Clínico Universitario de Valencia

*Caso clínico:* Varón 79 años con catarata y glaucoma mal controlado con tratamiento médico en OD. Presenta una CA media y gerontoxon. Se programa para cirugía combinada. La cirugía de catarata se realiza de forma convencional. Tras introducir la LIQ, se extrae el viscoelástico, se rellena la CA con BSS y se hidrosutura. Se realiza un colgajo conjuntival en el cuadrante temporal superior, se pone MMC al 0.02 % dos minutos y se lava. A 3 mm del limbo se practica un túnel escleral superficial y se introduce la aguja de 25 G hasta la CA. Se observa una desinserción del iris. Profundizamos la CA con viscoelástico a través de la paracentesis e introducimos el Preserflo en el túnel escleral, pero no se visualiza bien en la CA por el arco senil. En el postoperatorio se observa el implante subconjuntival «envasado al vacío», sin filtración ni ampolla. En la Gonioscopia se aprecia la iridodialisis y el extremo proximal del implante. Las imágenes de OCT-SA muestran el trayecto del Preserflo y su acodamiento en

el túnel de forma previa a la entrada en CA. Se presentan las imágenes más representativas de OCT-SA, gonioscopia y polo anterior.

*Discusión:* La cirugía con implante Preserflo puede ser eficaz para controlar el glaucoma, pero precisa una técnica depurada. Se preconiza su implante sin viscoelástico en cámara anterior, pero en la cirugía combinada esto puede dificultar la presurización ocular y que realizar el túnel escleral sea más difícil. En nuestro caso, el aplanamiento de la cámara favoreció que el túnel fuera más posterior provocando una iridodíálisis. El gerontoxon dificultó la visualización del implante en la CA que entró de forma insuficiente. La gonioscopia quirúrgica podría haber sido clarificadora y la OCT-SA Anterior identificó la causa del fracaso al localizar el dispositivo plegado en el túnel escleral, aunque el resto del trayecto fuera el esperado.

### **16:35 h. Recubrimiento con parche de esclera donante como alternativa en la reparación de tres casos de exposición de tubo de válvula de Ahmed**

*Beatriz Rodríguez Aguado, Lorena Almodí Cortes, Beatriz de Frutos Rodríguez, Mouaf Asaad*

Hospital Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona

*Caso clínico:* Presentamos dos pacientes con implante de dispositivo de drenaje, una mujer de 57 años con glaucoma iatrogénico refractario a tratamiento y un hombre de 60 años con un glaucoma neovascular bilateral. Tras buen control inicial, se evidencia en una visita rutinaria la exposición del tubo valvular sin signos de infección en el ojo derecho en el caso del glaucoma iatrogénico y en ambos ojos en el caso del glaucoma neovascular. El planteamiento quirúrgico fue idéntico en las tres cirugías. Bajo anestesia peribulbar, se realiza una disección amplia de la conjuntiva comenzando lejos del área expuesta del tubo. Mediante una dilución de anestésico y vasoconstrictor se disecciona el área próxima a la válvula, y con una espátula se separa la conjuntiva del tubo para evitar movimientos o daños en el mismo. Expuesto el tubo y cuerpo valvular, se mide el área de tubo a cubrir y con un trépano se realiza una sección circular de 6mm en el injerto de esclera donante, que es fijado a la esclera del paciente con Nylon 10-0, cubriendo el tubo valvular. Se realiza cierre conjuntival con Vicryl 8-0 evitando la zona del ojal. Ambos pacientes presentaron buen recubrimiento y cierre estanco conjuntival, con PIO controlada.

*Discusión:* Los dispositivos de drenaje del humor acuoso son una alternativa quirúrgica en glaucomas refractarios de difícil manejo. Durante su colocación es esencial un buen recubrimiento del tubo, mediante la creación de un túnel escleral largo, tapete escleral o uso de parches de recubrimiento como esclera donante, fascia lata, injertos de pericardio humano (Tutoplast®) o membrana de pericardio bovino (Tutopatch®). La exposición del tubo de silicona a través de la conjuntiva es una de las complicaciones tardías frecuentes. Se plantea que es secundaria a la fricción constante del párpado superior. Puede derivar en inflamación ocular, hipotonía o endoftalmitis o entrada directa de microorganismos, por lo que su manejo debe ser la reparación quirúrgica precoz.

### **16:39 h. Implantación de Ahmed Clearpath®, nuevo dispositivo no restrictivo en un caso de glaucoma neovascular**

*Pau Romera Romero, Laura Pulido Sanchez-Carnerero, Rachid Bouchikh El Jarroudi, Eric Matas García, Jessica Botella, Jordi Loscos Arenas*

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona

*Caso clínico:* Mujer de 57 años con mal control glucémico y glaucoma neovascular secundario a diabetes mellitus tipos II en su mejor ojo. Tras determinar PIO (presión intraocular) de 50 mmHg en tratamiento máximo y gonioscopia con sinequias anteriores periféricas 360°, se

decide implante de válvula de Ahmed en sector temporal y colocación del tubo en cámara posterior, además de múltiples inyecciones intravítreas de agente antiangiogénico y pan-retinofotocoagulación. En el postoperatorio presenta PIO elevada que no se resuelve con tratamiento farmacológico por lo que se decide revisión de la válvula, que no es efectiva, por lo que se opta por implantar la nueva válvula Clearpath® de 350mm<sup>2</sup> en el sector nasal. Como complicaciones presenta exposición del parche de esclera que se resuelve tras varias suturas conjuntivales y autoinjerto de conjuntiva. En el último control presenta agudeza visual corregida de 0,2; PIO de 18 mmHg con brimonidina cada 12 horas.

*Discusión:* Ahmed Clearpath® (new world medica, CA, EUA) corresponde a un dispositivo de drenaje no restrictivo homologado diseñado como una evolución del dispositivo de Baerveldt. Fue aprobada en el 2019 por la FDA y se presenta en 2 modelos de plato: 250 mm<sup>2</sup> y 350mm<sup>2</sup>, el segundo diseñado para colocarse bajo los músculos rectos. El disponer de dispositivos de drenaje no valvulados nos es de ayuda en el manejo del glaucoma refractario. El diseño de Ahmed Clearpath®, con unas pestañas para suturar más accesibles que la Baerveldt nos facilita la intervención en este tipo de ojos complejos.

### **16:43 h. Trombosis de vena central de la retina asociada a glaucoma maligno en el post operatorio de implante de Microshunt Preserflo**

*José Luis Torres Peña, Adrián Lodares Gómez, Marta Montero*

*Rodríguez, Esperanza Gutiérrez Díaz*

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

*Caso clínico:* Paciente de 82 años con glaucoma primario de ángulo abierto bilateral en tratamiento máximo, y catarata AO.

Entre los antecedentes figura una trombosis de rama en ojo derecho (OD) hace 20 años, fibrilación auricular en tratamiento con Sintrom y polimialgia reumática. Se indica cirugía combinada con implante de Microshunt Preserflo en ojo izquierdo. A las 72 horas, el paciente comenta que ve peor que antes. La agudeza visual es de cuenta dedos acompañado de atalamia grado 2 en OI. La PIO del OI es de 13 mmHg. Se evidencia una ampolla de filtración plana. El fondo de ojo revela trombosis de vena central de la retina en OI. Se diagnostica de glaucoma con bloqueo vitreociliar en OI. Realizamos capsulohialoidotomía YAG en OI, con buena respuesta y buena formación de cámara anterior.

Indicamos tratamiento médico: dilatación máxima con ciclopentolato y corticoides tópicos en AO, además de corticoides orales a dosis de 1 mg/Kg/día. La evolución del OI es favorable desde el punto de vista de presión intraocular ya que se estabilizó en 10 mmHg, sin embargo, actualmente se encuentra en tratamiento por parte de retina con antiangiogénicos sin clara mejoría visual.

*Discusión:* El glaucoma es un factor de riesgo conocido para la trombosis de vena central de la retina. Este riesgo aumenta con la edad (> 65 años), estados de hipercoagulabilidad, hipermetropía o antecedentes de trombosis en ojo el adelfo.

Esta complicación, aunque infrecuente, debe ser tenida en cuenta, ya que condiciona el pronóstico visual.

### **16:47 h. Atalamia hipotensiva e hipertensiva tras cirugía bilateral de glaucoma. Importancia del diagnóstico diferencial**

*José Luis Torres Peña, Adrián Lodares Gómez, Marta Montero*

*Rodríguez, Esperanza Gutiérrez Díaz*

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

*Caso clínico:* Paciente de 82 años con glaucoma primario de ángulo abierto bilateral en tratamiento máximo, y catarata AO.

Entre los antecedentes figura una trombosis de rama en ojo derecho (OD) hace 20 años, fibrilación auricular en tratamiento con Sintrom y polimialgia reumática. Se indica cirugía combinada con implante de Microshunt Preserflo en ambos ojos. Se realizó primero la cirugía de OD, la cual presentó fracaso a las tres semanas, por ello se decide hacer una revisión de la misma al momento de realizar la cirugía del ojo izquierdo (OI). Ambas cirugías transcurren sin incidencias. En el post operatorio inmediato, la agudeza visual es menor de 0.1, presentando una atalamia grado 2 en AO. La PIO del OD es de 2 mmHg y la del OI de 13 mmHg. Se evidencia una ampolla de filtración amplia en OD, y plana en OI. El fondo de ojo revela desprendimiento coroideo seroso (DC) nasal e inferior en OD, y trombosis de vena central de la retina en OI. Se cataloga de hiperfiltración en OD, y de glaucoma con bloqueo vitreociliar en OI. Realizamos capsulohialoidotomía YAG en OI, con buena formación de cámara anterior y se autó ciclopentolato y corticoides tópicos en AO, y corticoides orales a dosis de 1 mg/Kg/día. La evolución de ambos ojos es favorable. Los DC se resuelven a las 10 semanas en OD, presentando actualmente una PIO de 6 mmHg. Asimismo, la PIO en OI es de 10 mmHg, y el paciente se encuentra en tratamiento con antiangiogénicos por parte de la Unidad de Retina. *Discusión:* El manejo de la atalamia es fundamental en el post operatorio de la cirugía de glaucoma. La presión intraocular, la forma de la ampolla y el fondo de ojo son cruciales a la hora de diagnosticar su causa, y, de ello, dependerá su manejo. Por otro lado, la cirugía bilateral tiene sus ventajas, pero también sus riesgos. Entre ellos la amenaza de pérdida de visión bilateral, como es este caso, donde las complicaciones son diferentes en cada ojo.

### **16:51 h. Triple procedimiento: Retirada de lente de apoyo angular, implante de lente de tres piezas fijada a esclera sin suturas y trabeculectomía**

*Rocío Vega González, Bachar Kudsieh Biloun, Lucía Gutiérrez Martín, Jose María Ruiz Moreno*

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

*Caso clínico:* Mujer de 78 años con antecedente de cirugía de catarata complicada con rotura de cápsula posterior e implante de lente de apoyo angular rígida en ojo izquierdo. Precisó una vitrectomía por pars plana posterior para retirada de restos cristalinos y capsulares. Durante los seis meses postoperatorios la paciente presentó hipertensión ocular con necesidad de tratamiento médico máximo, así como episodios de iritis de repetición. Se decidió recambiar la lente por una de cámara posterior asociando una cirugía filtrante. La cirugía se realizó bajo anestesia retrobulbar con la introducción de un puerto de infusión continua vía pars plana. Se tallaron tres tapetes esclerales de profundidad media, dos de 2.5x2.5 mm en nasal y temporal y uno de 8x3.5 mm superior por el cual se retiró la lente de apoyo angular. A continuación, se insertó una lente plegable de tres piezas. Con la ayuda de pinzas de 23G se fijaron los hápticos en túneles esclerales bajo los tapetes pretallados con posterior sellado con pegamento de fibrina. Se realizó una iridectomía superior y una resección de bloque córneo-escleral de 1mm. El tapete superior de la trabeculectomía se suturó con puntos sueltos de nylon 10-0s. En el postoperatorio, la paciente ha mantenido una buena filtración con presión intraocular normalizada sin tratamiento médico y una agudeza visual corregida de 20/25.

*Discusión:* Las lentes de apoyo angular pueden producir daño local e inflamación crónica sobre las estructuras angulares con consecuente aumento de la presión intraocular y glaucoma. La asociación de una cirugía filtrante al recambio de la lente consiguió en nuestro caso una mejoría funcional, así como la independencia de un tratamiento antihipertensivo tópico crónico.

### **16:55 h. DISCUSION**