

RESÚMENES

CASOS CLÍNICOS Y MANIOBRAS QUIRÚRGICAS

COMUNICACIONES ORALES

COMUNICACIONES EN PANEL

CASOS CLÍNICOS Y MANIOBRAS QUIRÚRGICAS

Viernes, 7 de marzo

SESIÓN I MIBS

Moderadores: *Dr. Iñaki Rodríguez Aguirretxe, Dr. Sergio Pinar Sueiro*

08:30 h **CC1 Desplazamiento de Preserflo tras la maniobra de needling: a propósito de un caso**

Dres.: Rocío García Risco, Marta Castany Aregall, Laura Sánchez Vela, Tetiana Goncharova, Marc Tort Lacambra
Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona

1º Paciente de 32 años con glaucoma juvenil severo de ángulo abierto y tight orbit syndrome, tratado con varias cirugías filtrantes en ambos ojos, presenta presión intraocular elevada en el ojo derecho (40 mmHg) a pesar de triple terapia hipotensora. Debido a antecedente de maculopatía hipotónica severa tras cirugías previas, se implanta un PreserFlo MicroShunt (PMS) tutorizado con Prolene 9.0 en dicho ojo (Vídeo 1), obteniendo una ampolla amplia y PIO adecuada. Al mes, la PIO aumentó y la tomografía de coherencia óptica de segmento anterior mostró obstrucción del dispositivo por la tenon. Se realizó un needling, reduciendo la PIO con éxito.

Dos meses después, el paciente presentó dolor ocular. La PIO era de 50mmHg y el PMS no se visualizaba en la cámara anterior ni en gonioscopía. En quirófano, se encontró el dispositivo completamente deformado, más rígido y desplazado hacia posterior, por lo que se retiró e implantó uno nuevo (Vídeo 2). Posteriormente, la presión se mantuvo en rango adecuado.

2º El PMS es un dispositivo de drenaje puede conllevar la obstrucción del extremo subconjuntival por la tenon, así como las mismas complicaciones que cualquier cirugía filtrante formadora de ampolla. El manejo postoperatorio puede requerir maniobras adicionales como el needling. En ocasiones, durante la maniobra de needling, el PMS no se visualiza adecuadamente debido al mayor grosor de la cápsula de Tenon, por lo que se puede producir un desplazamiento posterior del mismo sin ser evidente de inmediato. Esto se debe a que el trayecto intraescleral puede permanecer permeable temporalmente, de forma que la PIO únicamente aumenta cuando este se ocluye posteriormente. En la literatura se describe un caso similar al realizar un needling tras implante de PMS, y en él se recomienda mover la punta de la aguja en la dirección opuesta a la del procedimiento habitual de trabeculectomía. El desplazamiento del PMS es una complicación rara, pero relevante por sus implicaciones clínicas.

08:34 h **CC2 Recolocación guiada por OCT intraoperatoria del implante Preserflo™: una serie de casos**

Dres.: Carmen Teresa Sánchez Guillén, Alfonso Miranda Sánchez, Laura Morales Fernández, Julián García Feijó
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Casos clínicos: Se presentan 3 casos clínicos con imágenes de tres pacientes que fueron sometidos a una segunda intervención para recolocar un implante Preserflo™ guiado mediante OCT intraoperatorio (iOCT). Los 3 paciente fueron intervenidos tras comprobar, mediante OCT de segmento an-

terior (AS-OCT), la existencia de contacto tubo-endotelio (T-E), así como un crecimiento epitelial entre el endotelio y el implante. Tras la recolocación, todos los pacientes presentaron una correcta distancia T-E y transparencia corneal. El primer paciente presentaba GPAA y un recuento endotelial (RCE) previo de 1322. Tras el implante de Preserflo™, el RCE era de 1000. El implante se reposicionó en nasal superior, creando un nuevo túnel, guiado por iOCT. En consulta, la AS-OCT mostraba una mayor distancia T-E. El segundo paciente tenía glaucoma pseudoexfoliativo y se había sometido previamente a dos trabeculectomías y a la implantación de Preserflo™ en el ojo derecho, por lo que requirió dos tunelizaciones. El RCE era de 1460. El contacto T-E era probablemente debido a la erosión del borde escleral que provocó un desplazamiento anterior del dispositivo por la doble tunelización durante la cirugía. Tras la cirugía de reposicionamiento, mantuvo un RCE de 1411. El tercer paciente se había sometido a un implante de Preserflo™ en el ojo derecho 9 años antes, presentaba edema corneal y contacto T-E. El RCE era de 823. El implante se reposicionó en temporal superior. Aunque no se pudo medir el RCE, se mantuvo la transparencia corneal.

Discusión: El iOCT facilita el posicionamiento preciso del Preserflo™, asegurando una distancia óptima tubo endotelio y reduciendo la pérdida de células endoteliales. Aunque el iOCT se puede utilizar para reposicionar el dispositivo en una intervención secundaria, la principal utilidad del iOCT es verificar el correcto posicionamiento del tubo durante la cirugía primaria, por lo que se espera que disminuya las reintervenciones a medida que su uso se generalice.

08:38 h **CC3 Manejo de seidel sobre cicatriz conjuntival tras implante de Preserflo en glaucoma uveítico con cirugía filtrante previa**

Dres.: Clara Heredia Pastor, Sofía García Sáenz, José María Martínez de la Casa, Ana Fernández Vidal

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Caso clínico: Mujer de 60 años con glaucoma uveítico unilateral de origen herpético, que fue intervenida en 2022 mediante cirugía filtrante combinada (facoemulsificación-trabeculectomía) y una revisión de la ampolla un mes después. Dos años después de la intervención, la paciente presenta una presión intraocular (PIO) elevada de 23 mmHg a pesar de tratamiento médico con 2 fármacos. En la lámpara de hendidura se observan sinequias iridocorneales y una lente intraocular en sulcus. Se opta por una cirugía con implantación de un dispositivo Preserflo Microshunt en cámara anterior, utilizando mitomicina al 0.04% intraoperatoria. Postoperatoriamente, la paciente recibe tratamiento con valaciclovir profiláctico y colirio antibiótico con corticoide. A las 24 horas, se detecta seidel en la región posterior de la ampolla de filtración, y la PIO es de 4 mmHg. Se realiza una intervención quirúrgica para cubrir la fuga con una membrana amniótica, pero al día siguiente, la membrana se ha desplazado y persiste el seidel. Se programa una nueva cirugía para reseca la conjuntiva patológica. Se realiza una sutura continua con resolución del seidel en las revisiones posteriores y presiones que se mantienen en 6-7 mmHg.

Discusión: El Seidel postquirúrgico es una fuga de humor acuoso que ocurre generalmente por defectos en la cicatrización de la ampolla. En pacientes con cirugías previas, es esencial identificar áreas de fibrosis o cicatrización, ya que pueden predisponer a la fuga. En este caso, la disposición de los poros de fuga en una zona de fibrosis lineal y posterior sugirió que la trabeculectomía previa había sido realizado con base en limbo, causando una cicatriz posterior susceptible a la fuga tras la implantación del Preserflo. El tratamiento del Seidel depende de su gravedad. En fugas graves o persistentes, la sutura conjuntival puede ser necesaria. El reconocimiento temprano y el tratamiento adecuado del seidel son esenciales para prevenir complicaciones graves.

08:42 h **CC4** Tutorización intraluminal del Preserflo MicroShunt: Una técnica reversible para el manejo de la hiperfiltración en glaucoma refractario

Dres.: Esteban Gómez Tarradas, Susana Perucho Martínez, Victoria Conejo Pariente, Jaime Luis Almendral Gómez, Nicolás Toledano Fernández

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

Caso Clínico Mujer de 83 años con glaucoma crónico de ángulo abierto bilateral, tratada con esclerectomía profunda no penetrante (EPNP) en ambos ojos por mal control tensional. En el ojo derecho (OD), la cirugía y la posterior goniopunción no lograron controlar la presión intraocular (PIO), por lo que se decidió implantar un Preserflo MicroShunt en el cuadrante nasal superior.

Tras la cirugía, la paciente presentó hipotonía clínica con atalamia grado 1 y un desprendimiento coroideo transitorio, atribuibles a hiperfiltración del implante. Inicialmente, se manejó con atropina, reposición de cámara anterior con viscoelástico y corticoides orales; sin embargo, la PIO permaneció baja (7 mmHg). Debido a la persistencia de la hiperfiltración, se realizó una tutorización intraluminal del tubo con nylon 9-0, introduciendo el tutor directamente en el lumen del dispositivo desde su extremo distal tras levantar la conjuntiva. El tutor se dejó enterrado en córnea clara, permitiendo su retirada en consulta mediante lámpara de hendidura en caso de hiperfiltración. La técnica estabilizó la PIO y resolvió las complicaciones asociadas a la hipotonía.

Discusión: El Preserflo MicroShunt es una técnica quirúrgica eficaz para el manejo del glaucoma refractario, pero la hiperfiltración puede provocar complicaciones como hipotonía, atalamia y desprendimientos coroides. La tutorización intraluminal es una técnica eficaz y reversible que permite reducir temporalmente el flujo de humor acuoso mediante un tutor intraluminal, estabilizando la PIO y facilitando la resolución de la hipotonía. Aunque requiere manipulación conjuntival, su carácter reversible y su mínima invasividad ofrecen una solución flexible frente a la hiperfiltración.

En pacientes con riesgo de hipotonía, la tutorización inicial podría ser una estrategia preventiva que permita un control ajustable de la PIO y refuerce el papel del Preserflo en el manejo quirúrgico del glaucoma avanzado.

08:46 h **CC5** Uso innovador del PreserFlo MicroShunt para el manejo de una ampolla avascular post-XEN en un caso de Síndrome de Posner-Schlossman

Dres.: Javier García Bardera, Julian García Feijoo, Laura Morales Fernández, Fiorella Katherine Cuba Sulluchuco, José María Martínez de la Casa

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

CASO: Mujer de 55 años con diagnóstico de SPS en el ojo derecho (OD) remitida tras el fracaso de cirugía combinada con implante de XEN y mitomicina C (MMC) realizada 13 meses antes. Estaba en tratamiento con timolol, brimonidina, brinzolamida y valaciclovir sistémico. La agudeza visual decimal era 0,7 en ambos ojos, con PIO de 33 mmHg en el OD y 15 mmHg en el izquierdo. El XEN drenaba hacia una ampolla avascular en la conjuntiva temporal superior. El campo visual 24-2 mostró daño avanzado (DM -29,61 dB; índice de campo visual [VFI] 12%) con preservación de un islote central.

Se implantó un PMS en el cuadrante nasal superior con MMC al 0,4% durante 2 minutos, evitando contacto con áreas avasculares y realizando un lavado profuso. Seis meses después, la PIO era de 8 mmHg sin medicación, con una ampolla nasal bien vascularizada y el dispositivo correctamente posicionado [FIG.3]. La OCT de segmento anterior confirmó un drenaje adecuado [FIG.4]. DISCUSIÓN En casos con ampollas avasculares, el área isquémica limita las opciones quirúrgicas, como trabeculectomía o DDG

en el cuadrante temporal superior. El PMS permitió crear una ampolla nasal más posterior y vascularizada, con menor riesgo de fibrosis capsular frente a DDG. Su tamaño reducido disminuye el riesgo de diplopía por afectación de músculos extraoculares. El PMS logró controlar la PIO sin medicación adicional. Según Triolo et al., el PMS presenta tasas de éxito del 68% al año y 47% a los tres años en glaucomas uveíticos refractarios, siendo una alternativa segura frente a DDG. La MMC intraoperatoria es clave para reducir el fracaso quirúrgico por fibrosis en glaucoma uveítico. El manejo del SPS debe incluir control de la inflamación intraocular, con profilaxis basada en valaciclovir sistémico o ganciclovir tópico al 2%. Como conclusión el PreserFlo MicroShunt es una alternativa eficaz y segura para el tratamiento quirúrgico del glaucoma uveítico en casos con ampolla avascular tras cirugía previa.

08:50 h **CC6** **Implante de dispositivo XEN vía pars plana en paciente vitrectomizado para el manejo de hipertensión ocular inducida por corticoides**

Dres.: Ana Adloff Alonso, Clara Martínez Rubio, Agnieszka Janicka Caulineau, Marta Moro Muñiz, Luis Gutiérrez Arias

Hospital de Manises. Valencia

Caso Clínico : Se trata de un paciente con edema macular diabético controlado con implantes repetidos de dexametasona y corticorrepondedor, en el que venía controlándose la presión intraocular (PIO) con tratamiento hipotensor tópico. A raíz de un desprendimiento de retina y una elevación de la PIO secundaria al taponamiento de silicona, se decidió realizar, durante el mismo procedimiento quirúrgico en el que se extrajo la silicona, el implante de un dispositivo XEN 63®. La colocación del mismo se realizó a través de la esclerotomía nasal superior utilizada para la extracción de silicona, previa instilación de mitomicina subconjuntival. En los controles postoperatorios el paciente ha mantenido PIO por aplanamiento de 10mmHg, sin precisar tratamiento hipotensor en ese ojo.

Discusión Los corticoides son efectivos en el tratamiento del edema macular diabético pero el uso de este grupo farmacológico lleva consigo la exposición a dos efectos adversos: las cataratas y la hipertensión ocular (HTO). El primer escalón terapéutico en estos casos es el tratamiento hipotensor tópico, que debe adaptarse al nivel de PIO detectado (monoterapia o combinaciones). El tratamiento quirúrgico se reserva para pacientes con HTO refractaria al tratamiento.

En los últimos años se han desarrollado nuevos procedimientos quirúrgicos, la cirugía micro incisional de glaucoma (MIGS). Suelen conseguir un efecto hipotensor modesto, pero pueden reducir la carga de tratamiento. La MIGS podría ser una opción en el manejo corticorrepondedores leves o moderados.

La técnica de implantación más extendida del dispositivo XEN® es ab interno, desde cámara anterior. No hay en la literatura descrita una técnica de implante de XEN® a través de esclerotomía. Sin embargo, podría ser una opción en pacientes vitrectomizados, buscando evitar riesgos derivados de colocar un tubo en cámara anterior, como la descompensación corneal, el hifema o la incarceration del iris que bloquea la luz del tubo.

08:54 h **CC7** **Revisión quirúrgica de implante XEN asistida con azul tripán tras needling fallido**

Dres.: Jaime Luis Almendral Gómez, Susana Perucho Martínez, Carlos Fernández Escámez, Elena Martín Giral

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

CASO CLÍNICO. Se presenta el vídeo de una cirugía de revisión de un implante XEN 45 en una mujer de 65 años con GCAA, intervenida de cirugía combinada de Faco + XEN, que al mes de la cirugía

presenta fibrosis de la ampolla de filtración y PIO de 26 mmHg. Se decide reintervención del caso mediante needling y/o revisión de la ampolla de filtración.

TÉCNICA QUIRÚRGICA (VÍDEO) Se tracciona del globo mediante una sutura de tracción de poliéster 5-0. Se expone la ampolla de XEN fracasada, y se intentan maniobras de needling con aguja de 30 G, siendo estas fallidas y resultando en hemorragia subconjuntival a nivel del implante. Se comprueba con azul tripán la ausencia de filtración, y se decide revisión abierta de la ampolla. Se realiza disección cuidadosa de la conjuntiva para no dañar el implante, objetivando gran fibrosis alrededor del mismo. Se consigue exponer el implante en su totalidad, y en este momento, con azul tripán en cámara anterior, y realizando maniobras de purgado con cánula a través del XEN, y de compresión con hemosteta, se logra restaurar el flujo a través del dispositivo. Tras ello, se emplean esponjas de mitomicina C al 0.01% durante 2 minutos, se lava abundantemente, y se procede al cierre conjuntival con Vicryl de 8-0. Se aportan fotos con buena evolución postoperatoria, ampolla formada y PIO al día siguiente de 10 mmHg.

DISCUSIÓN Las tinciones vitales, como el azul tripán, pueden ser de gran ayuda para comprobar la restauración de la filtración en las técnicas de revisión quirúrgica de ampollas filtrantes fracasadas tras cirugía de glaucoma, especialmente en el caso del implante tipo XEN. Se trata de un método rápido y efectivo, que no aporta riesgo adicional, y que nos permite incrementar la tasa de éxito de estas reintervenciones.

08:58 h **CC8 Manejo de hipotonía secundaria a ciclodialisis tras implante de XEN 45**

Dres.: Teresa Herrera García-Prada, José Luis Torres Peña, Marta Montero Rodríguez, Beatriz de Lucas Viejo, María Dolores Lago Llinás

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Caso clínico: Paciente de 72 años a quien se le realiza cirugía de catarata combinada con implante XEN 45. Durante el implante del dispositivo XEN 45, se produce una ciclodialisis de aproximadamente 2 horas. El postoperatorio presenta una presión de 2 mmHg. Se indica tratamiento con corticoides y ciclopiptolato tópicos.

A la semana, observamos que la presión persiste en 3 mmHg. No existen desprendimientos corioides, pero sí pliegues maculares. Se indica tratamiento con esteroides orales. La ampolla del XEN está presente. Ante la falta de mejoría a las 3 semanas, se decide reparación quirúrgica de la ciclodialisis, mediante anclaje del cuerpo ciliar a la esclera con sutura no reabsorbible. En el postoperatorio, la presión fue de 4 mmHg, con ampolla de filtración plana. En este momento, la agudeza visual es de 0,1 con pliegues maculares. Además, presenta coroides serosos que se reabsorben en 1 semana. Ante esto, decidimos implantar un anillo de tensión capsular de 13 mm para realizar compresión interna. A las 24 horas, la presión subió a 10 mmHg; sin embargo, se observaba viscoelástico en la cámara anterior. A los 4 días, el paciente acudió a urgencias por dolor, encontrándose una presión de 35 mmHg. Se indicó tratamiento médico, controlando la PIO.

A los 6 meses de seguimiento, la presión se ha estabilizado, con una PIO con tratamiento de 16 mmHg y una agudeza visual corregida de 0,2.

Conclusiones: La hipotonía tras cirugía de glaucoma es probablemente una de las complicaciones más difíciles de tratar. Aunque se suele esperar hasta 30 días antes de tomar una actitud quirúrgica, la presencia de pliegues maculares requiere tratamiento urgente. En nuestro caso, pudimos controlarlo con la inserción de un anillo de tensión capsular de gran tamaño ya que la sutura de cuerpo ciliar fracasó.

09:02 h **CC9 Manejo de la hipotonía postoperatoria tras XEN 63 y tratamiento quirúrgico del ojo adelfo con XEN 63 ab externo tutorizado con prolene 10-0**

Dres.: Juan Francisco Ramos López, Sara Aguayo García, Inmaculada García Santos, Carmen Marcos Martín, Ana Alfaro Juárez, Carmen Burgos Rodríguez, Carlos Ignacio Serrano Molina, José David Sánchez García
Hospital Virgen de las Nieves. Granada

Caso clínico: Mujer de 78 años de edad, con GPAA en ambos ojos. Operada del ojo derecho de catarata y glaucoma (faco-XEN 63 ab interno), presentando una hipotonía con repercusión clínica que no respondió a los diferentes tratamiento médicos realizados. La hipotonía se solucionó tutorizando el XEN 63 con un nylon 10-0, presentando presiones intraoculares de 12 mmHg, desapareciendo los pliegues maculares y mejorando la agudeza visual de la paciente. El ojo izquierdo de la paciente también necesitaba una cirugía de glaucoma por existir progresión. Decidimos realizar una cirugía de catarata y glaucoma con facoemulsificación e implante de XEN 63 ab externo, tutorizando directamente el XEN 63 con prolene 10-0 para evitar hipotonías postoperatorias como en el ojo adelfo. El curso postoperatorio del ojo izquierdo ha sido muy favorable, sin presentar hipotonía postoperatoria. Discusión: Tutorizar el XEN 63 con nylon 10-0 o prolene 10-0, cuando aparece una hipotonía postoperatoria, o de primera intención cuando existe un riesgo alto de hipotonía, puede ser una maniobra quirúrgica de interés para evitar esta temida complicación.

09:06 h **CC10 Tratamiento de incarceration del iris en XEN: Iridectomía quirúrgica como técnica de rescate**

Dras.: Romina Muñiz Vidal, Núria Mendieta Rasós, Cristina Blasco Suñé, María Jesús Quiroz Quiroga
Hospital de l'Esperança - Hospital del Mar. Barcelona

Caso clínico Se presenta el caso de una paciente de 75 años, quien había sido intervenida previamente con un XEN®63 mediante abordaje externo. Posteriormente, requirió una revisión quirúrgica de la ampolla, recambio del dispositivo e implantación de Duragen®. En el posoperatorio inmediato, la presión intraocular fue de 5 mmHg al día siguiente, pero a la semana aumentó a 30 mmHg debido a una incarceration del iris en la punta proximal del XEN®. Se intentó realizar una iridoplastia con láser Argón, pero el intento fue infructuoso. Ante esta situación, se programó una cirugía lo más rápido posible. Debido a que el aspecto de la ampolla era adecuado, se optó por intervenir desde la cámara anterior y realizar una iridectomía manual utilizando pinzas y microtijeras, con el objetivo de liberar el iris y restaurar la funcionalidad del dispositivo. Se logró la liberación del XEN®, y al día siguiente, se observó una hebra de iris hacia el lumen del dispositivo, la cual fue liberada fácilmente con láser YAG. Tras seis meses de seguimiento postoperatorio, la cirugía fue exitosa, con presiones intraoculares de 12-14 mmHg, sin necesidad de tratamiento médico adicional.

Discusión La incarceration del iris en el lumen del XEN® es una complicación reconocida de este tipo de dispositivos. Una posición demasiado cercana al iris constituye un factor de riesgo importante para su incarceration. La creación de una iridectomía quirúrgica puede ser una técnica eficaz para liberar el iris y restaurar la funcionalidad del dispositivo. En este caso, la iridectomía fue realizada mediante tijeras, aunque el uso de un vitreotomo podría representar una alternativa interesante a considerar en futuras ocasiones. La intervención quirúrgica precoz puede resultar ser un aspecto clave para permitir la efectividad de la técnica.

09:10 h **DISCUSIÓN**

SESIÓN II - IMPLANTES DE DRENAJE. HIPOTONÍA POSTOPERATORIA

Moderadores: *Dr. Jorge Vila Arteaga, Dra. Beatriz Puerto Hernández*

09:19 h **CC11 Explante de EyeWatch**

Dres.: José Luis Torres Peña, Marta Montero Rodríguez, Esperanza Gutiérrez Díaz
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Caso clínico: Paciente de 39 años con diagnóstico de glaucoma juvenil y miopía magna. Intervenido en 2008 de trabeculectomía en ojo derecho (ojo izquierdo en amaurosis por atrofia óptica glaucomatosa), se indica nueva cirugía de glaucoma por mal control tensional a pesar de terapia médica máxima. Realizamos una cirugía de implante de EyeWatch sin incidencias en junio de 2023, con buen control inicial (14 mmHg con apertura de EyeWatch de 4). A los 6 meses, observamos aumento de PIO a 28 mmHg, iniciando terapia médica tópica para controlarla. Además, notamos abultamiento de la fascia lata que recubre el EyeWatch, decidiendo revisar la cirugía. Durante la revisión quirúrgica, observamos fibrosis intensa sobre la fascia lata, dificultando la disección. Mientras disecamos cuidadosamente, encontramos un quiste de Tenon a tensión sobre el EyeWatch y lo disecamos. Al liberar la fibrosis y acceder al punto de conexión del plato con el EyeWatch, vimos que la conexión estaba rota en la base del regulador, haciendo que el paso de humor acuoso se dirigiera hacia el quiste de Tenon. Revisamos la viabilidad del reservorio, aislando el tubo de conexión e inyectando azul de metileno para valorar su funcionamiento, pero no hubo paso del colorante. Tras retirar el implante de cámara anterior, cerramos la apertura con Vicryl 6/0 (1 punto). Ante la ausencia de funcionamiento y el regulador roto, decidimos explantar el EyeWatch, dejando el plato y suturando el tubo para evitar roce. Cerramos conjuntiva por planos.

Conclusiones El dispositivo EyeWatch puede ser útil en ojos de alto riesgo. No podemos explicar la rotura del punto de conexión, ya que no hubo traumas previos. Sin embargo, al ser rígido, podría estar sometido a fuerzas tensionales que favorecerían su debilitamiento y rotura.

09:23 h **CC12 Nuestra serie de casos con Paul Glaucoma Implant (PGI): ¿Qué hemos aprendido?**

*Dres.: Tatiana Pablos Jiménez, Sara García Hidalgo, Albert Arnaiz Camacho,
Armand Pairó Salvador, Paul Buck Espel, Jaume Rigo Quera, Marta Castany Aregall*
Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

Casos clínicos: Se presenta una serie de los primeros 4 casos de implante Paul Glaucoma Implant (PGI) en nuestro hospital, todos ellos en pacientes multioperados con glaucoma pseudoexfoliativo y primario de ángulo abierto severos.

Técnica quirúrgica: Peritomía superotemporal con colocación del implante a 10 mm de limbo. Alas bajo músculos recto superior y lateral. Entrada en cámara anterior con aguja de 27G y tutorización con Prolene 6.0. Tiempo de seguimiento entre 1,5 años y 2,5 años. Se analizan complicaciones intraoperatorias y postquirúrgicas, control de la presión intraocular (PIO), necesidad de medicación, necesidad de retirada del tutor y agudeza visual. En 1 paciente se produjo hipotonía con desprendimientos coroideos hemorrágicos asociados, resuelto sin necesidad de reintervención. En 2 pacientes se observó edema corneal, uno de los cuales requirió DSAEK al año del implante. En 1 paciente con episodio de fibrina en cámara anterior. En 1 paciente con edema macular. En todos los pacientes se consigue control de PIO inferior a 14 sin medicación. En 3 pacientes no fue necesaria la retirada del tutor.

Discusión: El Implante PGI es un dispositivo de drenaje no valvulado que se puede indicar en casos de glaucoma severo multioperado con mal control de la PIO a pesar de tratamiento farmacológico máximo tolerado. En nuestra experiencia PGI ofrece la posibilidad de conseguir PIO bajas en casos de elevado riesgo de fracaso, aunque no está exento de complicaciones y requiere experiencia tanto la técnica quirúrgica como el manejo del Tutor en el postoperatorio, que brinda la posibilidad de retirarlo para aumentar la salida de humor acuoso en caso de necesitar una PIO objetivo aún menor.

09:27 h **CC13 Maniobra quirúrgica de tutorización ab interno en implante de Paul tras obstrucción por fibra de vítreo**

Dres.: Javier Pérez Esquivá, Jesús Téllez Vázquez

Centro de Oftalmología Barraquer. Barcelona

Caso clínico: Exponemos el caso de una paciente de 89 años diagnosticada de glaucoma uveítico en su ojo izquierdo debido a repetidos brotes de queratouveítis herpética. Presenta una presión intraocular (PIO) elevada y un campo visual deteriorado a pesar del tratamiento tópico con colirio de dorzolamida/timolol y acetazolamida oral 3 veces al día. Dada la situación de la paciente, planteamos cirugía de dispositivo de drenaje de glaucoma (DDG) tipo Paul en cámara posterior con tutor intraluminal de Prolene e injerto de fascia lata. Durante el primer mes de postoperatorio presenta PIOs de 30 mmHg, que no disminuyen a pesar de tratamiento hipotensor ni con la retirada del tutor. En la exploración, se apreció una fibra de vítreo adherida en la boca del tubo que se liberó con láser YAG, pero no se constató que la PIO disminuyera. Por ello, se decide realizar una vitrectomía anterior diagnóstica/terapéutica para descartar obstrucción del lumen del tubo, además de realizar una tutorización ab interno con Prolene de 6/0. En las dos semanas postoperatorias mantiene PIO de 20 mmHg bien controlada.

Discusión: El implante de Paul es un DDG que está ganando popularidad en los últimos años, aportando un lumen de menor diámetro que en dispositivos similares (Ahmed, Baerveldt), minimizando el riesgo de hipotonías y de descompensación corneal por pérdida de células endoteliales. No obstante, también puede presentar complicaciones postoperatorias, siendo una de ellas la obstrucción del lumen por fibras de vítreo, dado que no es infrecuente la aparición de vitreorragia con la maniobra de irrigación/aspiración mecánica del viscoelástico utilizado para la maniobra de implantación del dispositivo. La tutorización del tubo ab interno complementa la vitrectomía anterior aportando más probabilidad de desobstruir el lumen en casos dudosos de obstrucción.

09:31 h **CC14 Extensión de tubo seccionado de implante Paul mediante sonda lagrimal**

Dres.: Álvaro Cabezas Vicente, Gonzalo Roig Ferreruela, Elena Arias García,

Marc Bautista Cortiella, José Vicente Píá Ludeña, Aitor Lanzagorta Aresti

Fundación Oftalmológica de la Comunidad Valenciana. Valencia

Caso clínico: Varón de 74 años remitido por una hiperemia conjuntival importante, secreción y reacción inflamatoria de 2 semanas de evolución tras un implante Paul 5 meses antes. A la exploración presentaba signos de infección relacionada con la ampolla, así como una extrusión del tubo. El tutor ya había sido retirado previamente y el tubo expuesto estaba seccionado transversalmente. La cápsula tenía un aspecto normal. La presión intraocular era de 14 mm Hg. Como el implante era funcional, se decidió reconstruir el tubo mediante un extensor. Sin embargo, no existían opciones comercializadas por lo que se decidió crear un extensor con la silicona de un set de intubación

lagrimal de Crawford, material que comparte características similares con el tubo de los dispositivos de drenaje de glaucoma. Tras dilatar un extremo del extensor con pinzas, se conectó a modo de manguito con el tubo proximal del cuerpo valvular; restaurando el flujo desde la cámara posterior al cuerpo valvular.

Discusión: Los extensores de tubo se han usado clásicamente para tubos que se habían quedado cortos normalmente por crecimiento ocular. Sin embargo, pueden ser usados en casos de tubos seccionados o rotos en lugar de retirar el dispositivo de drenaje y reemplazarlo. Las sondas de Crawford tienen una parte de silicona similar a los tubos que pueden ser usados para tan fin.

09:35 h **CC15 Retutorización de Implante Paul desde cámara anterior bajo anestesia tópica en hipotonía refractaria. Técnica y pequeñas variaciones**

Dres.: Francisco Javier Boveda Alvarez, M.ª José Otero Villena

Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra

Caso Clínico: Presentamos un caso de hipotonía con repercusión clínica en un implante de Paul, tras la retirada del tutor de Prolene un año tras la cirugía. Aún sin producirse atalámia, ocurrieron desprendimientos coroideos serosos muy prominentes y un descenso dramático de visión, muy relevante por tratarse de un ojo único. Los intentos de elevación temporal de la presión con gas SF₆ en cámara anterior no fueron resolutivos. Se optó por una retutorización del tubo del implante desde cámara anterior con Prolene. Inspirándonos en una técnica ya descrita, explicamos las variaciones que planificamos que pensamos la mejoran, las dificultades encontradas y las maniobras que empleamos para superarlas.

El resultado de la cirugía fue la rápida recuperación de una presión adecuada con buen control y recuperación de la anatomía normal del globo y de la agudeza visual, a pesar de un largo periodo de hipotonía.

Discusión: En nuestra experiencia es excepcional encontrar una hipotonía tan acusada retirando el tutor de Prolene muchos meses tras la cirugía. Aunque el paciente tenía una presión objetivo estaba bajo el efecto de colirios hipotensores. Después de unos minutos de la retirada en lámpara de hendidura la bajada de presión no parecía alarmante, pero semanas después acudió a revisión con el cuadro descrito. Concluimos que tras la retirada del Prolene deberíamos esperar a evaluar la presión final entre una y dos horas al menos y que sería razonable una revisión en 24 horas. La técnica de retutorización bajo anestesia tópica no resultó compleja y fue muy efectiva. La planificación, el material y pequeños detalles a tener en cuenta facilitan su realización.

09:39 h **CC16 Ciclopexia en ciclodíálisis crónica inferior post traumatismo con airbag**

Dres.: Julia Seco Orriols, Sara Labay, Pau Marjalizo, Ines Bourleau, Sonia Marias, Xavier Corretger, Elena Millá

Hospital Clinic. Barcelona

Presentamos el caso de una paciente de 49 años que sufrió un traumatismo ocular en su ojo derecho, provocado por el impacto de un airbag en un accidente de tráfico. La paciente presentó fractura del suelo orbitario, prolapso vítreo en cámara anterior, catarata traumática con subluxación del cristalino, además de una extensa ciclodíálisis inferior (de IV a VIII horas), dando lugar a una hipotonía persistente. La paciente se ausentó y ocho meses después del trauma, se pudo realizar una ciclopexia del cuerpo ciliar inferior. Tras realizar un flap escleral superficial extenso y una incisión a 3mm del

limbo, se observó la salida masiva de humor acuoso retenido y la anteriorización del cuerpo ciliar desprendido, que pudo ser suturado a la esclera con éxito. La intervención fue monitorizada bajo gonioscopia. En el postoperatorio inmediato, se verificó la recuperación anatómica de las estructuras del ángulo camerular y cuerpo ciliar, si bien la presión intraocular se mantuvo a 6 mmHg dada la cronicidad del proceso. La paciente está en espera de facoemulsificación de la catarata, inserción de lente intraocular, anillo de tensión capsular y segmento de Ahmed inferior, pupiloplastia y vitrectomía posterior. La ciclodíálisis traumática o posoperatoria con frecuencia se asocia con hipotonía ocular persistente, lo que provoca cambios morfológicos y pérdida visual progresiva. La ciclopexia es el primer paso esencial para el tratamiento exitoso de grandes hendiduras hipotónicas debidas a ciclodíálisis. Una adecuada sutura del cuerpo ciliar constituye la base para facilitar las intervenciones quirúrgicas posteriores que suelen ser necesarias en pacientes con múltiples complicaciones tras un trauma ocular.

09:43 h **CC17 Ciclopexia mediante técnica «sewing machine» en ciclodíálisis yatrogénica durante trabeculotomía transluminal asistida por gonioscopia**

Dres.: Jaime Rigo Quera, Olívia Pujol Carreras, Laura Sánchez Vela, Marta Castany Aregall
Complejo Asistencial Universitario de León. León

Caso clínico: paciente de 82 años sin antecedentes patológicos relevantes, con glaucoma pseudoexfoliativo en ambos ojos, ya operada de catarata y esclerectomía profunda no penetrante en el ojo derecho. El ojo izquierdo presentaba catarata y glaucoma preperimétrico con progresión estructural a pesar del tratamiento con 3 hipotensores tópicos. Se propuso cirugía combinada de facoemulsificación y trabeculotomía transluminal asistida por gonioscopia (GATT). Durante la cirugía, al intentar canalizar el Schlemm con hilo trenzado específico para GATT, se produjo una ciclodíálisis yatrogénica de un sector horario de extensión. Se decidió priorizar la seguridad y evitar la hipotonía, por lo que en el mismo acto quirúrgico se realizó ciclopexia con prolene 10.0 y técnica «sewing machine». El postoperatorio cursó sin hipotonía y con adecuado control tensional con 2 hipotensores tópicos.

Discusión: la GATT es una técnica de glaucoma mínimamente invasiva, pero como se observa en este caso, puede presentar complicaciones intraoperatorias potencialmente graves como la ciclodíálisis yatrogénica. Es importante considerar esta posibilidad durante la curva de aprendizaje y estar preparados para resolverla en el mismo acto quirúrgico. La ciclopexia mediante técnica «sewing machine» se presenta como una opción eficaz para el manejo de la ciclodíálisis.

09:47 h **CC18 Hipotonía tardía post-trabeculectomía: Reporte de dos casos y análisis clínico**

Dres.: Carlos Cauto Picazo, Lorena Azorín Pérez, Mercedes Hurtado Sarrió
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

Caso 1: Mujer de 79 años con antecedentes de pseudofaquia bilateral (2015) y trabeculectomía con mitomicina C en OD (2017). Controles tensionales estables. En enero de 2023 acudió a urgencias por disminución de agudeza visual (AV) en OD. La AV era de 0.2, PIO de 3 mmHg y biomicroscopia con ampolla avascular difusa sin signos de fuga. La OCT macular mostró pliegues maculares. Con tratamiento tópico de corticoides y midriáticos, la maculopatía hipotónica se resolvió y la PIO se estabilizó entre 6-9 mmHg, con AV de 0.4.

Caso 2: Mujer de 58 años intervenida de trabeculectomía con mitomicina C en OD hacía 18 meses. Aunque inicialmente estable, presentó hipotonía progresiva con PIO de 4 mmHg y ampolla avascular

sin fuga evidente. El tratamiento con corticoides tópicos y midriáticos fue insuficiente, requiriendo cierre quirúrgico de la ampolla con sutura escleral y recubrimiento con fascia lata y matriz de fibrinógeno. La PIO se estabilizó en 10 mmHg tras dos meses de seguimiento.

Discusión La hipotonía ocular tardía es una complicación infrecuente pero desafiante. Aunque comúnmente ocurre en el postoperatorio inmediato, puede desarrollarse incluso años después. La principal causa es la hiperfiltración en ampollas avasculares y delgadas, asociada al uso de mitomicina C. Otras hipótesis incluyen sensibilización del cuerpo ciliar a hipotensores o debilitamiento escleral progresivo, especialmente en miopes. La realidad es que el mecanismo exacto se desconoce. El manejo inicial incluye corticoides tópicos, midriáticos y técnicas para limitar la filtración. Casos graves pueden requerir reconstrucción escleral y uso de materiales biológicos. La elección del tratamiento depende de la causa y severidad, siendo crucial el seguimiento a largo plazo para prevenir complicaciones visuales permanentes.

09:51-10:00 h **DISCUSIÓN**

SESIÓN III - CASOS CLÍNICOS Y COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

Moderadores: *Dra. Mercedes Hurtado Sarrió, Dr. Antonio Moreno Valladares*

16:10 h **CC19 Desprendimiento de Descemet tras esclerectomía profunda no perforante**

Dres.: Unai Olazabal Lezertua, Sergio Pinar Sueiro

Hospital Universitario Donostia. Guipúzcoa

Caso Clínico Se presenta el caso de un varón de 82 años, derivado en abril de 2023 para valoración quirúrgica de glaucoma primario de ángulo abierto en progresión en el ojo izquierdo.

- Mayo de 2023, el paciente se sometió a una esclerectomía profunda no perforante con aplicación de mitomicina.
- Marzo de 2024 se observó una ampolla avascular con tendencia quística y un desprendimiento de Descemet en el ojo izquierdo. Se pautó pomada antiedema sin lograr resolución del cuadro.
- Abril de 2024: Se realizó un needling de la ampolla, seguido de inyección de SF6 al 20% en la cámara anterior. Una semana después, la OCT de segmento anterior mostró resolución del desprendimiento de Descemet.
- Mayo de 2024: Se realizó una goniopunción, tras la cual se observó nuevamente el desprendimiento de Descemet.

Abordaje quirúrgico en dos fases (junio de 2024):

1. Se inyectó gas SF6 al 20%, dejándolo actuar durante 2 horas y realizando un vaciado parcial, dejando una burbuja de 1/3 en la cámara anterior.
 2. Una semana después, se realizó una disección de tapete escleral superficial, cerrándose con dos puntos, y se llevó a cabo una disección conjuntival con retirada de conjuntiva avascular.
- Noviembre de 2024: Persistía un desprendimiento de Descemet localizado en la parte superior.

Discusión Se cree que la disección de la membrana trabeculo-descemetica proporciona una vía mediante la que se genera un flujo del humor acuoso, lo que resulta en una filtración hacia el estroma corneal que puede provocar el desprendimiento de Descemet. La presión interna elevada en la am-

polla, generada por la formación de quistes de Tenon se considera factor de riesgo. El manejo para la reparación del desprendimiento de Descemet postoperatorio no está claramente establecido. Se ha sugerido observación durante varias semanas en desprendimientos periféricos localizados antes de considerar la descemetopexia. La queratoplastia penetrante debe considerarse como el último recurso.

16:14 h CC20 Manejo quirúrgico urgente de melting escleral y prolapso uveal en contexto de escleritis de probable etiología infecciosa en paciente intervenida de esclerectomía profunda no perforante

Dres.: Eva Ramón Juan, Maribel Acuña Salles, Elena Arrondo Murillo, Natalino Giuliano Salas, Alberto Salmoral Lorenzo-Arroyo

IMO Grupo Miranza. Barcelona

Caso clínico Mujer de 77 años con glaucoma de ángulo abierto de diez años de evolución y miopía magna. Intervenida previamente de cataratas, acudió por disminución progresiva de agudeza visual (AV). Presentaba AV de 0,01 en su ojo derecho (OD) y de 0,2 en su ojo izquierdo (OI), con presión intraocular (PIO) aplanática de 21 y 20 mmHg respectivamente con tratamiento tópico máximo y enfermedad de superficie ocular. Los campos visuales mostraban clara progresión glaucomatosa respecto a previos. Se propuso esclerectomía profunda no perforante con uso de mitomicina C al 0.02% durante 1.5 minutos, la cual se realizó sin incidencias.

El postoperatorio inmediato fue favorable, con PIO a las 24 horas de 8 mmHg. Sin embargo, tras dos semanas, acudió con disminución de AV, dolor y PIO de 23 mmHg. En biomicroscopía se observó hipopion leve (0.5 mm) e intensa reacción inflamatoria, aunque sin evidencia de blebitis. Dada la alta sospecha de endoftalmitis, se obtuvo muestra de humor acuoso (HA) para estudio y se administraron antibióticos intravítreos y colirios reforzados tópicos. A las 24 horas, el cuadro evolucionó a melting y perforación escleral en zona anterior al tapete superficial, con herniación uveal. Se realizó de forma urgente iridectomía, reparación del defecto escleral con fascia lata y avance conjuntival, tras lo cual ha presentado una evolución favorable, con PIO en torno a 10 mmHg y AV conservada. Los cultivos de HA resultaron negativos.

Discusión El postoperatorio en la cirugía no perforante suele asociarse a un menor riesgo de complicaciones severas. Describimos un caso de escleritis postquirúrgica de probable etiología infecciosa como una complicación infrecuente tras la esclerectomía no perforante con uso de citostáticos. En este caso, el melting escleral de instalación rápida, con perforación y prolapso iridiano, fue manejado mediante intervención quirúrgica urgente, lo que permitió preservar tanto la función visual como la integridad ocular.

16:18 h CC21 Tetrizolina hidrocloreuro para el sangrado postoperatorio de cirugía de glaucoma. A propósito de un caso

Dras.: Ester Puig, Núria Mendieta, Cristina Blasco

Hospital del Mar. Barcelona

Paciente varón de 80 años con glaucoma avanzado en ojo izquierdo (OI), ojo único, con agudeza visual (AV) de 0.9, presión intraocular (PIO) de 22 mmHg con 4 fármacos, dos trabeculectomías fallidas y campo visual (CV) con isla central.

Debido al mal control de la PIO se procedió a realizar una cirugía en OI de implante de válvula Ahmed con tubo en cámara anterior.

A las 24 horas, la válvula y tubo estaban bien posicionados, la PIO era de 15 mmHg pero presentaba un hipema de 1/3 de cámara anterior (CA). Se agregó un betabloqueante. En las posteriores visitas, la PIO se mantenía en 12 mmHg y el hipema se fue reabsorbiendo, persistiendo un hipema menor a 1mm a los tres meses. En la gonioscopia se observaba un sangrado activo sin punto de sangrado claro. El paciente refería estar muy incómodo puesto que en posición de decúbito, la sangre del hipema se distribuía por toda la CA y le quitaba la visión de su ojo único. Se decidió suspender el hipotensor y se empezó tratamiento con tetrizolina hidrocloreto (Vispring) cada 12h en OI. Al control de la semana, el hipema había resuelto y la PIO había subido a 17 mmHg. Se volvió a introducir el hipotensor y a la semana se retiró la tetrizolina. A los dos años, presenta AV y CV mantenidos, con PIO de 11 mmHg y sin nuevos sangrados.

DISCUSIÓN En el tratamiento del hipema CA en el postoperatorio de la cirugía de glaucoma, han sido propuestas estrategias para corregir la hipotonía ocular, entre ellas el uso de corticoides, ciclopléjicos y el ajuste del tratamiento hipotensor y como última opción, el lavado de CA. El uso de vasoconstrictores locales, como la tetrizolina, no ha sido estudiado.

La tetrizolina hidrocloreto es un derivado imidazólico con acción simpaticomimética alfa adrenérgica. Su efecto vasoconstrictor, conjuntamente con el aumento de PIO provocado al retirar los hipotensores, pueden ser una alternativa rápida, eficaz y segura en el tratamiento de hipema en el postoperatorio de cirugía de glaucoma.

16:22 h **CC22 Glaucoma Congénito Primario en paciente con mutación de novo en el gen TRAF7 asociada a síndrome CAFDADD**

Dres.: Mireia García Bermúdez, Antonio Domingo Alarcón García, Alma San José Caballero, Laura Morales Fernández, José M.ª Martínez de la Casa, Julián García Feijoo
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Caso clínico: Paciente masculino de 7 años diagnosticado con glaucoma congénito primario (GCP) a los 5 meses de edad. Al diagnóstico, se observó edema corneal leve, iris disgenésico en el ojo izquierdo (OI) y presión intraocular (PIO) de 28 mmHg en el ojo derecho (OD) y 32 mmHg en el OI, bajo tratamiento con latanoprost. Desde entonces, el paciente ha sido sometido a cinco cirugías de glaucoma en ambos ojos. Actualmente, presenta una refracción de -26.5 dioptrías en ambos ojos, con PIO controlada: 8 mmHg en el OD (timolol) y 10 mmHg en el OI (timolol y brinzolamida). Además del GCP, el paciente manifiesta alteraciones morfológicas como microcefalia, facies triangulares, enanismo primordial osteodisplásico microcefálico y trastorno del desarrollo neurocognitivo. No hay antecedentes familiares de GCP; los padres son sanos y no consanguíneos. Estudios genéticos incluyeron secuenciación de nueva generación (NGS), que identificó una variante c.1503+1G>A, p.(?) en el intrón 16 del gen TRAF7, previamente no descrita en relación con el GCP.

Discusión: El gen TRAF7, identificado recientemente en 2018, pertenece a la familia TRAF y ha sido relacionado con neoplasias, como meningiomas, a través de mutaciones somáticas. Las mutaciones en línea germinal han sido reportadas en individuos con el síndrome CAFDADD, caracterizado por retraso del desarrollo, cardiopatía congénita, anomalías esqueléticas y rasgos dismórficos. Sin embargo, el GCP no había sido incluido como parte del fenotipo asociado. Este caso representa el primer reporte que describe la coexistencia de GCP y síndrome CAFDADD, lo que abre interrogantes sobre una posible relación patogénica entre la variante en TRAF7 y el desarrollo del glaucoma. Aunque no es posible establecer una conexión causal directa entre la mutación y el GCP, este hallazgo sugiere la necesidad de estudios adicionales para investigar el papel de TRAF7 en el desarrollo ocular y su relación con el GCP.

16:26 h **CC23 Quiste de Tenon perilimbar en dispositivo de drenaje con restricción al flujo recubierto con aloinjerto de córnea criopreservada: a propósito de un caso**

Dres.: Ramón Rafael Cobián Tovar, Daniel Fernández Díaz

Complejo Hospitalario Universitario. A Coruña

Caso Clínico: Mujer de 77 años miope magna diagnosticada de glaucoma de ángulo abierto en ambos ojos. Como antecedentes quirúrgicos constan en ojo izquierdo (OI): trabeculectomía, cirugía combinada de catarata con revisión de ampolla, y ciclofotocoagulación transescleral con láser diodo.

Acude a nuestra consulta, a la exploración en OI: mejor agudeza visual corregida (MAVC) 0.2, biomicroscopía (BMC) ampolla plana no funcionante, presión intraocular (PIO) 23 mmHg con Bimatoprost y Brinzolamida, papila E/P 0.9 en la oftalmoscopia. Se realiza cirugía con dispositivo de drenaje con restricción al flujo, implantando una Válvula de Ahmed® FP7 recubriendo el tubo con aloinjerto de córnea criopreservada. A los 4 meses postoperatorios se aprecia un encapsulamiento quístico perilimbar sobre la zona del injerto corneal con PIO 21 mmHg sin tratamiento. Se realiza en consulta needling con 5-Fluorouracilo siendo inefectivo, por lo que se decide revisión en quirófano.

En la cirugía, se constata un prominente quiste de Tenon perilimbar que se extiende hasta el plato valvular, estando el aloinjerto corneal intacto. Se realiza revisión y resección del quiste en todo su trayecto y se comprueba el funcionamiento valvular empleando Azul Tripán en cámara anterior. A los 3 meses postoperatorio la PIO es 11 mm Hg con Dorzolamida, sin recidiva del quiste.

Discusión: El encapsulamiento de los dispositivos de drenaje para glaucoma es uno de los principales factores moduladores en la efectividad. Existe controversia sobre la utilidad de los antifibróticos durante el implante y su papel en la fibrosis capsular, no habiendo una evidencia científica suficiente como para indicar su uso. El empleo de aloinjerto corneal criopreservado puede considerarse una buena alternativa para el recubrimiento del tubo.

16:30 h **CC24 Combinación cirugía de glaucoma y queratoplastia penetrante**

Dres.: Esther Jiménez Morcuende, Cristina Sánchez Barahona, Maite García Coiradas, Belén Fernández Carrillo, Agustín Moreno Salgueiro

Hospital de Guadalajara. Guadalajara

Aportamos el caso clínico de un paciente varón de 82 años de edad con distrofia de Fuchs y glaucoma, en tratamiento con tavoprost y timolol en asociación y un inhibidor de la anhidrasa carbónica. En el 2021 sufrió una luxación del cristalino durante una cirugía de catarata del ojo izquierdo (OI), que requirió vitrectomía posterior (VPP), quedando en afaquia.

Posteriormente sufrió en su OD una descompensación corneal y su glaucoma fue avanzando con cifras de presión intraocular (PIO) mayores de 30 mmhg (a pesar de tratamiento hipotensor con tres fármacos). Siendo el ojo derecho(OD), el único funcional, con una agudeza visual de percepción de luz (PL).

Por lo que realizamos una cirugía combinada que aportamos en vídeo: trabeculectomía + Queratoplastia penetrante (QPP) en su OD, de forma simultánea.

El resultado final fue una AV de cuenta dedos (CD) a dos metros, y con una PIO mantenida de 12 mmhg. 2. Discusión:

- Cuando el glaucoma no se controla previamente a la cirugía córnea puede ser necesario realizar una cirugía de glaucoma simultánea a la cirugía córnea o en ciertos casos previa a la misma.

- Los dispositivos de drenaje (valvulados y no valvulados) son el gold standard si el ángulo está cerrado o la conjuntiva presenta mal estado.
- Si el ángulo está abierto y la conjuntiva está preservada, las cirugías filtrantes (esclerectomía profunda, trabeculectomía, MIBS).
- El uso de antimetabolitos durante la cirugía filtrante aumenta la supervivencia del injerto y mejora el control de la PIO.
- La presencia de un dispositivo de drenaje en un paciente transplantado córnea aumenta el riesgo de fallo del injerto. Es recomendable colocar el tubo hacia cámara posterior.

16:34 h **CC25 Serie de casos. Glaucoma agudo asociado a tumoración vasoproliferativa**

*Dres.: María Vidal Martí, Silvia Sanz Moreno, Josep Maria Caminal Mitjana,
Juan Lillo Sopena*
Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona

Presentamos una serie de tres casos de pacientes con glaucoma agudo asociado a tumoración vasoproliferativa.

Caso 1: Paciente varón de 26 años de edad con tumor vasoproliferativo ya conocido en ojo derecho (OD) que había sido tratado con fotocoagulación y vitrectomía hacía 10 años. Acude a urgencias por dolor brusco. A la exploración se objetivan sinequias posteriores, cámara estrecha y PIO 35mmHg.

Caso 2: Varón de 63 años acude referido a nuestro centro por PIO 54 mmHg y dolor a pesar de iridotomía periférica (IP) permeable. A la ecografía destaca lesión compatible con tumoración vasoproliferativa y a la gonioscopia, cierre angular.

Caso 3: Varón de 48 años con tumoración vasoproliferativa conocida y tratada con fotocoagulación hace 20 años en OD. En los dos últimos años ha presentado aumento de miodesopsias y visión borrosa. Acude de urgencias por dolor agudo. A la exploración presenta PIO 60 mmHg con cámara estrecha, sinequias posteriores e iris bombé inferotemporal.

Para el manejo del episodio agudo se instauró tratamiento hipotensor tópico y sistémico y se realizó iridotomía láser Nd:YAG en urgencias. En los tres casos fue necesario un abordaje quirúrgico para el control de la PIO.

Discusión: La incidencia de glaucoma en pacientes con tumor vasoproliferativo de la retina es alrededor del 3%.

Igual que en otros tumores retinianos, el mecanismo de cierre angular por desplazamiento anterior del complejo irido-cristaliniano, con o sin bloqueo pupilar asociado, o la presencia de neovascularización iridiana pueden contribuir al desarrollo del glaucoma. En nuestra serie, ninguno de los pacientes con glaucoma agudo respondió a iridotomía dado que, en dos casos el cierre angular sin bloqueo pupilar fue el mecanismo principal, mientras que en el tercer caso lo fue el glaucoma neovascular.

Aunque existe debate sobre el manejo del tumor en estos casos, todos los pacientes requirieron tratamiento quirúrgico para el control del glaucoma.

16:38-16:45 h **DISCUSIÓN**

COMUNICACIONES ORALES

Viernes, 7 de marzo

SESIÓN I

Moderadoras: *Dra. Elena Millá Griño, Dra. María Rojo Arnao*

15:00 h **C1** **Las células gliales de Müller de la periferia de la retina son más susceptibles a la presión elevada: implicaciones en el glaucoma**

Dres.: Xandra Pereiro, Noelia Ruzafa, Mikel Azkargorta, Félix Elortza, Arantxa Acera, António Francisco Ambrósio, Ana Raquel Santiago, Elena Vecino

Universidad del País Vasco. Vizcaya

Antecedentes El glaucoma, una enfermedad neurodegenerativa progresiva, es una de las principales causas de ceguera irreversible a nivel mundial. Comprender los mecanismos subyacentes a la muerte de las células ganglionares de la retina (RGC, por sus siglas en inglés), cuya degeneración comienza en la retina periférica, es clave para desarrollar estrategias terapéuticas. Este estudio se centra en el papel fundamental de las células gliales de Müller, analizando en particular cómo la presión elevada en la retina periférica influye en la neurodegeneración.

Métodos Se realizaron co-cultivos de RGCs con la glía de Müller tanto de las regiones centrales como periféricas de retinas de cerdo, sometiénolas a condiciones normales y de presión elevada. Se llevó a cabo un análisis por espectrometría de masas del medio condicionado secretado por la glía de Müller para identificar las proteínas liberadas por estas células en todas las condiciones.

Resultados En condiciones fisiológicas, la glía de Müller periférica mostró una mayor secreción de factores neuroprotectores, promoviendo la supervivencia de las RGCs de manera más efectiva que la glía de Müller central. Sin embargo, al someterlas a presión elevada, la glía de Müller periférica no solo perdió esta capacidad neuroprotectora, sino que además secretaron cantidades significativamente mayores de proteínas relacionadas con procesos de apoptosis, estrés oxidativo e inflamación, lo que resultó en una menor supervivencia de las RGCs en los co-cultivos.

Conclusiones Este estudio destaca la dualidad funcional de la glía de Müller periférica en el glaucoma: mientras que en condiciones normales desempeñan un papel protector, bajo presión elevada contribuyen activamente a los mecanismos patológicos que llevan a la muerte de las RGCs. Estos hallazgos subrayan el potencial de la glía de Müller como diana terapéutica en el desarrollo de tratamientos para prevenir la progresión del Glaucoma.

15:04 h **C2** **Análisis de minimización de costes del programa de Teleglaucoma: sistema de cribado de glaucoma en pacientes de riesgo**

Dres.: Leire Galdós Olasagasti, Iñaki Rodríguez Agirretxe, Teresa Paraíso Plana, Sergio Pinar Sueiro, Javier Mar Medina, Arantxa Acera Osa

Hospital Universitario Donostia. Guipuzcoa

Realizar un análisis de minimización de costes del programa de teleglaucoma en el área de salud del Hospital Donostia.

M-M: Entre 2020-2022, se realizó un estudio transversal, prospectivo y observacional. Se analizaron características demográficas y factores de riesgo de glaucoma, además de efectuar un análisis de costes del programa de cribado de glaucoma.

Un optometrista realizó las pruebas de agudeza visual, autorefractometría (KR-1, Topcon), tonometría y paquimetría de no-contacto (CT-1P, Topcon) y OCT CFNR (Cirrus HC-OCT 6000, Zeiss). Un glaucomatólogo analizó las pruebas de forma asíncrona.

Se registraron datos sociodemográficos (edad, sexo, ocupación e historia familiar de glaucoma) y clínicos (antecedentes oftalmológicos y médicos). También se recogieron datos sobre uso de recursos (tiempo de desplazamiento y espera, duración de la consulta) y satisfacción de los pacientes con el cuestionario modificado Client Satisfaction Questionnaire©(CSQ-8) en una escala de 1-10.

Los costes de este sistema se compararon con los costes teóricos del sistema presencial tradicional.

Se incluyeron 1112 pacientes de consultas de oftalmología. Se detectaron 91 pacientes (8.2%) con glaucoma o sospecha de glaucoma, mientras que 1021 (91.8%) fueron negativos. De estos últimos, 407 (36.6%) presentaban hipertensión ocular y 614 (55.2%) no tenían alteraciones. De los pacientes, 563 (50.6%) presentaron costes por pérdida laboral. Los costes medios sanitarios, por pérdida laboral y el coste total fueron de 23.7, 11.5 y 35.2 €/h en teleglaucoma y de 44.7, 23.0 y 67.7 €/h en la alternativa presencial, respectivamente. El teleglaucoma permitió un ahorro total del 48% frente al sistema presencial. La encuesta de satisfacción mostró resultados óptimos, con puntuaciones entre 7.1-9.6.

Conclusión: El cribado de glaucoma en población de riesgo con teleglaucoma resultó efectivo, satisfactorio para los pacientes y permitió un ahorro de costes para el sistema sanitario y los pacientes.

15:08 h C3 **Cuantificación de la huella de carbono asociada al tratamiento médico antiglaucomatoso**

Dres.: Julio González Martín-Moro, Victor Altares Mateos, Javier Pascual Prieto

Hospital Universitario del Henares. Madrid

Objetivos: Se estima que la actividad médica es responsable del 5% de la huella de carbono global. La oftalmología representa una parte importante de esa cifra. Se ha estudiado la huella de carbono de algunas facetas de la actividad oftalmológica como la cirugía de catarata y el tratamiento del ojo seco con lágrimas artificiales, pero no del del tratamiento médico antiglaucomatoso (TMAG). El objetivo de este estudio es determinar la huella de carbono derivada de los envases en los que se comercializa el TMAG.

Material y métodos: Se recopiló el residuo generado por el TMAG, clasificando los materiales y pesando los residuos secos con una balanza de precisión. Se estudiaron 25 presentaciones comercializadas en el mercado español (18 multidosis y 7 monodosis).

El cálculo de huella de carbono se basó en metodología de análisis por procesos y los factores de emisión de los materiales se obtuvieron de la base de datos Ecoinvent v3.10 (Zurich, Switzerland). El factor de emisión correspondiente para cada material, expresado en Kg de CO₂e por Kg de material, fue (papel impreso: 0,6, cartón: 2,17, polipropileno:1,98 y aluminio: 10). El peso de cada residuo seco se multiplicó por cada factor de emisión para para obtener la huella de carbono.

Resultados: La mediana del residuo plástico mensual fue en las multidosis 5,69 g (Rango intercuartílico (RIC): 4,30-6,42 g) frente a 29,58 g (RIC:28,26-40,80 g) en las monodosis. La mediana de la huella de carbono mensual total fue 0,020 Kg de CO₂e (RIC: 0,016-0,023 Kg de CO₂e) en las multidosis frente a 0,149 Kg de CO₂e (RIC: 0,125-0,200 Kg de CO₂e) en las monodosis.

Conclusiones: El uso de TMAG en monodosis multiplica casi por 5,2 el residuo de plástico mensual. Debido al mayor volumen de plástico y a la elevada huella de carbono del aluminio, presente en las monodosis, la huella de carbono de estas presentaciones es 7,5 veces más elevada que la de las presentaciones en multidosis.

15:12 h C4 Estudio experimental del efecto combinado de Citicolina y CoQ10 en la neuroinflamación glaucomatosa

Dres.: Ana I. Ramírez, José A. Matamoros, José A. Fernández-Albarral, Elena Salobrar-García, Lorena Elvira-Hurtado, Inés López-Cuenca, Rosa de Hoz, José M.ª Ramírez, Juanjo J. Salazar
Instituto de Investigaciones Oftalmológicas Ramón Castroviejo. Madrid

Objetivo: evaluar el poder antiinflamatorio de la combinación de Citicolina y Coenzima Q10 (CoQ10) en un modelo experimental de hipertensión ocular (HTO).

Material y métodos: se usaron 6 ratones albinos por grupo: control vehículo (Veh), control Citicolina + CoQ10 (CitQ10), láser vehículo (LG+Veh) y láser Citicolina + CoQ10 (LG+CitQ10). Veh y LG+Veh recibieron diariamente una gelatina neutra, mientras que CitQ10 y LG+CitQ10, gelatina con la combinación 15 días antes y 3 días después de la inducción. La HTO se indujo mediante fotocoagulación de venas limbares y episclerales en los ojos izquierdos. Se analizaron ojos HTO y sus contralaterales en montajes planos de retina con: 1) Anti-Iba-1 cuantificando: n° células Iba-1+ (Iba1-cn) en segmentos externos, capa plexiforme externa (CPE) y capa plexiforme interna (CPI); Área de retina ocupada por células Iba-1+ (Iba1-RA) en capa de fibras nerviosas-capa de células ganglionares (CFN-CCG); Área del soma (Iba1-cba) de células Iba-1+ en CPE, CPI y CFN-CCG; y área arborización (Iba1-aa) de células Iba-1+ en CPE y CPI. 2) Anti-P2RY12 para diferenciar microglía activada. 3) Anti-GFAP para cuantificar área de retina ocupada por células GFAP+ (GFAP-RA) en CFN-CCG.

Resultados: Los ojos HTO y sus contralaterales de LG+Veh y de LG+CitQ10 mostraron diferencias significativas respecto a sus controles en Iba1-cn, Iba1-RA, Iba1-cba e Iba1-aa en todas las capas, aunque significativamente menores en los ojos HTO y sus contralaterales de LG+CitQ10. La expresión de P2RY12 disminuyó en los ojos HTO de ambos grupos; de forma menos pronunciada en los ojos HTO de LG+CitQ10, mientras que en los contralaterales fue similar a la de los controles. En los ojos HTO de LG+CitQ10 hubo una disminución significativa de GFAP-RA respecto al incremento observado en los ojos HTO de LG+Veh. Conclusión: la combinación de Citicolina y CoQ10 reduce la activación glial, atenuando el proceso inflamatorio en el glaucoma.

Proy. Art-83 UCM-Visufarma (415878)

15:16 h C5 Rentabilidad diagnóstica comparativa de la capa de fibras nerviosas de la retina peripapilar original y corregida por inteligencia artificial en el diagnóstico de glaucoma en alta miopía

Dres.: Patricia Robles Amor, Ana Cabo Sánchez, Alfonso Antón López, Susana Duch Tuesta, Javier Moreno Montañés, Francisco José Muñoz Negrete, Ignacio Rodríguez Uña, Laura Morales Fernández, Federico Sáenz Francés, Julián García Feijóo, José M.ª Martínez de la Casa
Hospital Clínico San Carlos, Institut Català de Retina, Institut Condal de Oftalmología, Clínica Universidad de Navarra, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Instituto Oftalmológico Fernández-Vega

Objetivos: evaluar la rentabilidad diagnóstica del estudio de la capa de fibras nerviosas de la retina peripapilar en sujetos con alta miopía comparando el resultado original de la OCT con el corregido por inteligencia artificial.

Material y Métodos: se analizaron datos de 57 pacientes, 31 con alta miopía y glaucoma y 26 con alta miopía sin glaucoma. Se analizaron los grosores de los sectores global, temporal, nasal, nasal superior, nasal inferior, temporal superior y temporal inferior originales aportados por la OCT Spectralis y los corregidos mediante algoritmos de Deep Learning automatizados para mejorar la segmentación de las diferentes capas retinianas.

Resultados: las pruebas t para muestras pareadas mostraron diferencias significativas entre los parámetros originales y los corregidos por IA en todos los sectores evaluados ($p < 0.001$) siendo en todos los casos significativamente inferior el grosor corregido con diferencias medias que oscilaron entre las 17 y las 48 micras dependiendo del sector analizado. El mejor área bajo la curva para discriminar entre normales y glaucoma de entre los sectores originales fue el temporal inferior (AUROC: 0.761), y entre los corregidos también lo fue el temporal inferior (AUROC: 0.700), sin diferencias estadísticamente significativas. Tampoco se encontraron diferencias a la hora de comparar la rentabilidad diagnóstica del resto de sectores.

Conclusiones: la corrección automática por Deep Learning de la segmentación de la capa de fibras nerviosas peripapilar reduce de forma significativa los valores originales obtenidos y mantiene una adecuada rentabilidad diagnóstica en los pacientes con glaucoma y alta miopía.

15:20 h C6 **Parámetros vasculares peripapilares medidos por angiografía por tomografía de coherencia óptica en glaucoma uveítico: un estudio piloto**

Dres.: María Pampillón Albert, Lara Borrego Sanz, Laura Morales Fernández, José M.ª Martínez de la Casa, Julián García Feijoo

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivos: Evaluar diferencias en los parámetros vasculares peripapilares medidos por angiografía por tomografía de coherencia óptica (OCT-A entre glaucoma uveítico (GU, glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA y sujetos sanos. Determinar la relación entre las mediciones de OCT-A y el grado de inflamación en GU. Modelar la relación entre parámetros funcionales y estructurales en el GU

Material y Métodos: Estudio transversal de 30 pacientes con GU, 30 con GPAA y 30 sujetos sanos. El análisis peripapilar se midió con Angioplex™ OCT-A. Se compararon datos globales y por cuadrantes de los parámetros vasculares peripapilares entre grupos utilizando la correlación Pearson. También se recopilaron parámetros estructurales: grosor de capa fibra nerviosa retina circumpapilar (cpRNFL, área de borde, promedio y relación vertical de copa a disco (C/D). Se utilizó regresión lineal para analizar la relación de parámetros vasculares y estructurales

Resultados: Pacientes con GU y GPAA fueron comparables en DM, en cpRNFL mediana y por sectores. Todas las mediciones de perfusión y flujo (global y por cuadrantes fueron significativamente menores en GU en comparación con sanos (todos $p < 0.030$, excepto para pPD-temporal ($p = 0.095$). Los valores de flujo fueron menores en GPAA y la perfusión en sector inferior también ($p < 0.023$). Entre el grupo GU, no hubo diferencias en la OCT-A entre tratamiento sistémico vs. tópico, casos activos vs. quiescentes o afectación oftalmológica vs sistémica. Se obtuvo una correlación positiva entre parámetros vasculares y estructurales en GU (IF $r = 0.632$, pPD $r = 0.676$ y correlaciones mejores en cuadrantes superior e inferior (todos $p < 0.001$ en GU en comparación con GPAA

Conclusiones: Se observó una reducción en parámetros vasculares peripapilares medidos por OCT-A en pacientes con GU y GPAA en comparación con pacientes sanos. Los casos de GPAA mostraron una mayor reducción en la perfusión y el índice de flujo, especialmente en el sector inferior, en comparación con GU.

15:24 h **C7 Progresión en campo visual de pacientes con glaucoma de la infancia**

Dres.: Carmen Dora Méndez Hernández, Ainhoa Colina Jareño, Ruben Sánchez Jean, Julián García Feijoo

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivos: El objetivo principal es evaluar la tasa de progresión perimétrica en pacientes diagnosticados de glaucoma de la infancia en seguimiento en nuestro centro. Se trata de un estudio unicéntrico, retrospectivo y observacional que analiza 96 ojos de 48 pacientes diagnosticados de glaucoma de la infancia con una media de edad de 28.10 (12; 68).

Material y metodos: Los datos de defecto medio (MD) en los 30 grados centrales de del campo visual con una estrategia TOP G1, se recogieron durante el periodo de seguimiento de entre 2 y 11 años, acorde con la práctica clínica habitual, seleccionando un campo visual al año. Se definió la progresión como un aumento en la desviación media de 0.6dB con respecto al inicial.

Se hizo un análisis de supervivencia para evaluar la tasa de progresión de la muestra. La edad media de los pacientes era de 28.10±14.02 años con un 43.8% de mujeres y un 56.3% de hombres. La media de años de seguimiento fue de 6.56±2.53 años. Los tipos de glaucoma de la infancia que se incluyeron son 81.3% glaucoma congénito, 8.3% glaucoma infantil y 10.4% glaucoma juvenil.

Resultados: El análisis de supervivencia muestra que 21 ojos del total sufrieron un empeoramiento del campo visual a los 9.5 ±0.2 años de seguimiento. Basándonos en la función de supervivencia, el 40% de los pacientes que progresaron, lo hicieron a los 9 años de seguimiento.

La tasa de progresión a los 6 años de seguimiento es del 13.6% frente al 42% a los 9 años. No encontramos muchos estudios en la bibliografía científica relacionados con la progresión en glaucoma de la infancia y un estudio de estas características podría contribuir a un mayor conocimiento y mejor control de la enfermedad.

Conclusión: conforme pasa el tiempo, es más probable que haya una progresión del campo visual del paciente y cuanto más tiempo pase desde el diagnóstico, mayor porcentaje de progresión tendrá.

15:28 h **DISCUSIÓN**

SESIÓN I (continuación)

Moderadores: Dra. Marta Ibarz Barbera, Dr. Vicente Polo Llorens

15:35 h **C8 Latanoprost-Netarsudil en la práctica clínica: eficacia, seguridad y nuevas indicaciones**

Dres.: Diego Fernández Velasco, Claudia Hernández-Barahona Monleón, Susana Pérez Olivan, Blanca Ferrández Arenas, María Pilar Bambó Rubio, Noemí Güerri Monclús

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de la combinación fija Latanoprost-Netarsudil en la práctica clínica; en glaucomas primarios de ángulo abierto (GPAA) y glaucomas secundarios de ángulo abierto (GSAA) insuficientemente controlados.

Material y métodos: Se estudiaron 47 ojos de 21 pacientes, 28 con GPAA y 19 con GSAA (pseudoxfoliatiivo, pigmentario y cortisónico). La eficacia se evaluó con la medida de la presión intraocular (PIO), y la seguridad con la incidencia de los efectos adversos más prevalentes: córnea verticilata e hiperemia conjuntival (escala Efron). Se programaron 3 visitas: basal, 4 y 12 semanas.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 75.17 años, su agudeza visual 0.69 y paquimetría 535.33 μm . La PIO basal fue 21.06 mmHg, con 2.26 hipotensores de media. Tras 4 semanas de tratamiento, la PIO fue 15.3 mmHg con 3 hipotensores de media. Tras 12 semanas, PIO 14.47 mmHg e 3.16 hipotensores. La PIO desde el momento basal a la semana 12 disminuyó 7.4 mmHg y el número de hipotensores aumentó en 0.72. La hiperemia conjuntival en la semana 4 fue de grado 0 (15% de los pacientes), grado 1 (72.5%) y grado 2 (12.5%); en la semana 12, grado 0 (7.1% de los pacientes), grado 1 (60.7%) y grado 2 (32.1%). No hubo ninguna cornea verticilata en la semana 4, pero 22.2% la presentaban en la semana 12. Al comparar los resultados entre GPAA y GSAA, no hubo ninguna diferencia estadísticamente significativa entre grupos, salvo la PIO en la semana 4 (14.25 vs 16.53mmHg, $p=0.032$).

Conclusiones: La combinación Latanoprost-Netarsudil es eficaz y segura tanto en GPAA como en GSAA, mostrando una disminución significativa de la PIO mantenida a lo largo del seguimiento y efectos adversos oculares tolerables en ambos grupos. Cabe destacar la mayor prevalencia observada de córnea verticilata, frente a los estudios multicéntricos de fase 3 realizados únicamente en GPAA.

15:39 h **C9 Tolerancia y Eficacia de una nueva combinación fija de Latanoprost + Netarsudil con conservantes en la práctica clínica**

Dres.: Antonio Moreno Valladares, Nieves Puerto Amorós, Blanca Bajén España, Francisca González López, Francisca Dolores del Valle Cebrián
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete

Objetivos: comprobar la eficacia y tolerancia de una nueva combinación fija de Latanoprost + Netarsudil con conservantes en la práctica clínica diaria.

Material y métodos: serie de casos de pacientes previamente tratados con una prostaglandina en monoterapia a los que se sustituye tratamiento directamente, sin periodo lavado previo, por una nueva combinación fija de Latanoprost-Netarsudil. Se registró presión intraocular (PIO), agudeza visual y cambios en superficie ocular observados en biomicroscopía al mes, 3 y 6 meses de seguimiento. Reclutamiento continua hasta el día de congreso.

Resultados: Se incluyeron 18 ojos de 13 pacientes. el 90 % de los pacientes realizaron el cambio de medicación por no alcanzar la PIO objetivo con una prostaglandina en monodosis sin conservantes. En términos de eficacia hipotensora la PIO basal media no medicada fue de 24,5 mmHg con una PIO medicada de 20 mmHg. Tras el cambio de tratamiento la PIO descendió a 15,14 y 13 mmHg al mes, tres y seis meses respectivamente (un 43% de reducción frente a la basal y un 25% extra frente a la PIO medicada con monoterapia). En términos de tolerancia 6 pacientes suspendieron tratamiento por intolerancia debida a irritación, hiperemia y lagrimeo. Esto sucedió en 4 casos al inicio del seguimiento y en 2 casos a los 6 meses. En el 25% de los ojos se apreció un incremento significativo de la hiperemia que aumentó al 40% a partir de los 3 meses. El 60% de los ojos que continuaron con el tratamiento presentaron evidencia de córnea Verticilata en diferente grado a partir del tercer mes de seguimiento, aunque solamente un paciente experimento una disminución objetiva de la Agudeza visual.

Conclusiones: El tratamiento con combinación fija de Latanoprost-Netarsudil ha demostrado una alta eficacia hipotensora aunque presenta una alta tasa de abandono del tratamiento por mala tolerancia a medio plazo.

15:43 h **C10 Eficacia y seguridad de la Trabeculoplastia Láser Selectiva Directa (DSLTL) en pacientes con glaucoma e hipertensión ocular**

Dres.: Alfonso Miranda Sánchez, Noemí Güemes Villahoz, Javier García Bardera, Laura Morales Fernández, José M.ª Martínez de la Casa, Julián García Feijoo

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de la DSLTL en pacientes con glaucoma de ángulo abierto (GAA), hipertensión ocular (HTO), u otros glaucomas (miópico, pseudoexfoliativo o pigmentario).

Material y métodos: Estudio prospectivo que incluyó pacientes con glaucoma e HTO. Se incluyeron tanto pacientes con reciente diagnóstico y sin tratamiento (naïve), como pacientes en tratamiento previo. Se realizó DSLTL (120 impactos, 360° translimbal, energía 1,8 mJ). Se recogieron los datos demográficos y clínicos, basales, al mes, 3 meses y 6 meses tras DSLTL. Se definió el éxito terapéutico como un descenso de la presión intraocular (PIO) basal mayor o igual al 20% y/o eliminación de al menos un fármaco hipotensor.

Resultados: Se incluyeron un total de 39 ojos (22 pacientes), edad media \pm DE de 69,05 \pm 15,16 años. 42,6% (18 ojos) estaban diagnosticados de GPAA, 25,6% (10 ojos) presentaban HTO y 28,2% (11 ojos) otros glaucomas (pigmentario, pseudoexfoliativo y miópico). De ellos, el 28,2% (11 ojos) eran naïve. La PIO a los 3 meses se redujo de 21,95 \pm 2,86mmHg (basal) a 17,56 \pm 2,60 mmHg (19,97%), obteniéndose un éxito terapéutico tras DSLTL en el 47,4% de los pacientes a los 3 meses. Según el tipo de glaucoma, el éxito terapéutico se obtuvo en el 44,4%, el 60% y el 40% de los ojos con GPAA, HTO u otros glaucomas respectivamente. La eficacia en ojos naïve fue del 54,5%. El efecto adverso más frecuente e inmediato tras DSLTL fueron hiperemia y/o hemorragias subconjuntivales. No se encontraron reacciones adversas importantes en ninguno de los pacientes a los 3 meses.

Conclusiones: La DSLTL representa una alternativa terapéutica eficaz y segura en el manejo de GAA e HTO. El descenso de la PIO fue de casi el 20% de media en los pacientes incluidos. Los pacientes HTOs y naïve obtuvieron mayor descenso de la PIO.

15:47 h **C11 Resultados tras implante bilateral de lente EDOF en pacientes con catarata y pseudoexfoliación**

Dres.: Andrés Fernandez-Vega Cueto, Ignacio Rodríguez Uña, Pedro P. Rodríguez Calvo, Ramón Cobián Tovar, José F. Alfonso Sánchez

Instituto Universitario Fernández-Vega. Asturias

Objetivos: Estudiar la eficacia, predictibilidad y seguridad de la lente intraocular (LIO) con profundidad de foco extendida (EDOF) Vivity® en cirugía de catarata en pacientes con pseudoexfoliación (PSX). Evaluar la evolución de la presión intraocular (PIO) y los resultados del campo visual (CV).

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes con PSX a quien se realizó facoemulsificación con implante de LIO. Criterios de inclusión: esfera preoperatoria en

el rango de la LIO, cilindro refractivo ≤ 1 dioptrías (D) y seguimiento ≥ 6 meses. Criterio de exclusión: cirugía de glaucoma previa. Lensectomía según técnica habitual. Se incluyeron 130 ojos de 65 pacientes, edad: $75,2 \pm 5,9$ años, con un tiempo de seguimiento de $10,0 \pm 3,9$ meses. Parámetros preoperatorios: refracción, agudeza visual (AV) lejana sin corrección (SC), agudeza visual lejana con corrección (AVCC), AV a 40 cm, PIO, número de fármacos hipotensores tópicos y datos de CV. Los resultados refractivos se analizaron 6 meses tras la intervención; los parámetros de CV y la PIO también a los 12 meses.

Resultados: A los 6 meses de la cirugía, la esfera manifiesta había disminuido a $-0,14 \pm 0,38$ D y el cilindro refractivo se mantuvo prácticamente igual en $-0,54 \pm 0,52$ D. La AVSC y AVCC mejoraron a $0,77 \pm 0,23$ y $0,90 \pm 0,14$ (escala decimal). El índice de eficacia fue 1,00. El índice de seguridad fue 1,18. Postoperatoriamente (a 12 meses), la PIO bajó de $14,5 \pm 4,4$ mmHg a $12,8 \pm 2,2$ mmHg (-12%; $p < 0,001$), y también se redujo el número de fármacos hipotensores tópicos de $0,6 \pm 1,0$ a $0,2 \pm 0,6$ ($p < 0,001$). No hubo progresión campimétrica: desviación media (DM) preoperatoria: $-2,9 \pm 2,9$ dB y postoperatoria: $-1,7 \pm 1,9$ dB ($p < 0,001$); No se identificaron complicaciones relacionadas con la cirugía.

Conclusiones: Los resultados de eficacia, predictibilidad y seguridad fueron excelentes en términos de AV durante el seguimiento y se constató un buen control tensional y estabilidad campimétrica.

15:51 h **C12 Bloqueo pupilar inverso en lentes Carlevalle: diagnóstico, manejo y complicaciones**

Dres.: Laura Sánchez Vela, Claudia García-Arumí Fusté, Marta Castany Aregall, Olaia Subirà González, Diego Ruiz Casas, Pablo de Arriba Palomero, José García Arumí
Hospital Vall d'Hebron, Instituto Microcirugía Ocular, Hospital Ramón y Cajal

Objetivo: Describir la incidencia, complicaciones y manejo del bloqueo pupilar inverso (RPB) tras implante de lente Carlevalle.

Métodos: Estudio multicéntrico, retrospectivo. Diecinueve pacientes con RPB fueron analizados y tratados con iridotomía periférica con láser (IP). Se analizaron: datos demográficos (edad, género), medicación, longitud axial, presencia de pseudoexfoliación, presencia de bloqueo pupilar inverso (OCT segmento anterior), presencia de edema macular, profundidad cámara anterior (ACD) pre y post-IP, agudeza visual corregida pre y post-IP y presión intraocular (PIO) pre y post-IP.

Resultados: Se describió una incidencia de RPB del 14.8%. La ACD media pre-IP fue de 4.78 ± 0.465 mm y post-IP de 4.23 ± 0.404 mm, obteniendo una diferencia estadísticamente significativa de un incremento de 0.54 ($p=0.000$, IC 95% 0.26-0.83) mm. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la agudeza visual pre- y post-IP ni en la PIO pre y post-IP. Se identificó una incidencia de edema macular del 21.1% en los casos de bloqueo pupilar inverso.

Conclusiones: El RPB es una complicación relativamente común tras la cirugía de lente Carlevalle, pudiéndose asociar la presencia de edema macular, pero no a un incremento de presión intraocular. Este es un fenómeno que puede ser difícil de identificar dado que puede ser transitorio. Nuestra hipótesis es que la indentación de la esclera induce una rotación posterior del iris periférico induciendo el bloqueo pupilar inverso. Nuestros resultados animan a revisar técnica de implante de lente Carlevalle y a incorporar de forma rutinaria una iridotomía periférica intraquirúrgica para prevenir el RPB y sus complicaciones.

15:55 h **C13 Biopsia lagrimal como ventana molecular predictiva y terapeutica del fracaso quirúrgico en glaucoma**

Dres.: Jéssica Botella García, Marta San Roque Muñoz, Francesc E. Borrás, Pau Romera Romero, Jordi Loscos Arenas

Hospital Germans Trias i Pujol. Barcelona

Objetivos: Este estudio busca identificar biomarcadores asociados al fracaso quirúrgico en pacientes con glaucoma mediante el análisis de vesículas extracelulares (VEs) derivadas de lágrimas. En esta primera fase, se pretende verificar la presencia, cuantificación y caracterización de las VEs para su análisis proteómico y transcriptómico, correlacionando estos biomarcadores con la evolución clínica de los pacientes hacia una medicina personalizada.

Material y Métodos: Se recolectaron lágrimas mediante el test de Schirmer de 62 individuos: 14 controles sanos y 48 pacientes con glaucoma divididos en dos grupos, CAGDS1 (una cirugía) y CAGDS2 (dos cirugías por fracaso previo). Las VEs se aislaron mediante cromatografía de exclusión, y los microRNAs (miRNAs) se analizaron con un BioAnalyzer Agilent 2100, siendo secuenciados mediante RNA-seq para identificar patrones de expresión diferencial. Adicionalmente, se realizó un análisis longitudinal en pacientes del grupo CAGDS1 (0, 6 y 18 meses postcirugía).

Resultados: Se identificaron 11 miRNAs diferencialmente expresados entre pacientes y controles, tres de ellos comunes a ambos grupos quirúrgicos. Estos miRNAs regulan vías implicadas en inflamación, activación de fibroblastos y acumulación de matriz extracelular, procesos relacionados con la fibrosis ocular. Los resultados preliminares confirman la viabilidad de obtener material genético de alta calidad de las lágrimas, específico de la superficie ocular.

Conclusiones: El análisis de VEs en lágrimas es una técnica mínimamente invasiva y eficaz para identificar biomarcadores asociados al glaucoma, permitiendo intervenciones personalizadas. Como pasos futuros, se validarán estos biomarcadores en estudios longitudinales y se evaluará el uso terapéutico de VEs derivadas de células madre mesenquimales para controlar la fibrosis y promover la reparación tisular.

15:59-16:05 h **DISCUSIÓN**

Sábado, 8 de marzo

SESIÓN II

Moderadores: Prof. Javier Moreno Montañés, Dra. Susana Perucho Martínez

08:30 h C14 Eficacia y seguridad de la trabeculoplastia láser selectiva con VISULAS® Green en glaucoma pseudoexfoliativo e hipertensión ocular secundaria a síndrome pseudoexfoliativo

Dres.: Pilar Casas de Llera, Raquel García Gil, Yaiza del Valle Najarro, Gorka Laucirica Sáez, Roberto Fernández Buenaga

Fernández Casas Oftalmólogos. Cantabria

Objetivos: Evaluar la efectividad y seguridad de la trabeculoplastia láser selectiva (SLT) Visulas® Green en ojos con glaucoma pseudoexfoliativo (PEXG) o con hipertensión ocular secundaria a síndrome pseudoexfoliativo (PEX).

Material y Métodos: Estudio prospectivo de intervención, post-comercialización, en un único centro. Se incluyeron pacientes con PEXG o PEX con presión intraocular (PIO) no controlada, con o sin tratamiento médico, a los que se realizó un tratamiento SLT de 50 spots en 180° trabeculares mediante el dispositivo Visulas® Green. Se recogieron las variables de agudeza visual mejor corregida (BCVA), PIO, Visual Field Index (VFI), Desviación Media (DM), Desviación Estándar Modelo (DSM), grosor capa de fibras nerviosas de la retina peripapilar (RNFL) y recuento endotelial en el preoperatorio, 1 mes, 3 meses y 6 meses post-tratamiento. La PIO además se midió a la hora del tratamiento y a las 24 horas. A partir de los 3 meses se permitió la repetición de la SLT si la PIO no alcanzaba el objetivo.

Resultados: Se incluyeron 20 ojos de 20 pacientes con una media de edad de 72.15±6.57 años. 10 ojos (50%) tenían diagnóstico de PEX y 10 ojos (50%) de PEXG. 13 ojos estaban bajo tratamiento médico con una media de 1.69 ± 0.63 principios activos. La PIO basal media fue de 22.85 (±2.89) mm Hg, reduciéndose de forma significativa a 18.50(±3.09) mm Hg, 18.95(±4.25) mm Hg y 17.05 (±2.70) mm Hg un mes, tres y seis meses tras el tratamiento respectivamente. Los valores de BCVA, VFI, DM, DSM, RNFL y recuento endotelial no presentaron cambios significativos en todo el seguimiento. 5 pacientes (25%) presentaron un pico hipertensivo una hora tras el tratamiento, 4 de ellos autolimitados. No se registraron eventos adversos graves en todo el periodo de seguimiento.

Conclusiones: La trabeculoplastia láser selectiva 180° realizada con Visulas® Green con opción SLT se ha mostrado eficaz en pacientes con PEXG y PEX, con un excelente perfil de seguridad.

08:34 h C15 Facoemulsificación con y sin micro-stent trabecular en pacientes con glaucoma primario de ángulo cerrado: estudio comparativo multicéntrico

Dres.: Cristina Ginés-Gallego, Sara Issa, Ben Griffin, Panagiotis Dervenis, Chrysostomos Dimitriou, Madalina Pavel, Obeda Kailani, Mo Abu-Bakra, Sameer Trikha, Avi Kulkarni, Stafford Sansome, Gerassimos Lascaratou

King's College Hospital NHS Foundation Trust. London

Objetivo: Comparar eficacia y seguridad de la facoemulsificación con iStent® (faco+iStent) frente a facoemulsificación aislada (control) en pacientes con glaucoma primario de ángulo cerrado (GPAC).

Material y métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico. La variable primaria fue el éxito quirúrgico, distinguiendo entre éxito completo (EC): presión intraocular (PIO) postoperatoria 6–18 mmHg, sin reintervenciones, con reducción de PIO $\geq 20\%$ y sin fármacos; y éxito parcial (EP): PIO postoperatoria 6–18 mmHg, sin reintervenciones y, bien reducción de ≥ 1 fármacos, o reducción de PIO $\geq 20\%$ con los mismos fármacos. Se estudiaron posibles factores de riesgo de fracaso con regresión de Cox. Las variables continuas se expresaron como media \pm desviación estándar.

Resultados: 265 ojos, 156 faco+iStent y 109 control (edad media: 76.9 \pm 9.7 años, seguimiento medio: 22.8 \pm 14.6 meses). No se encontraron diferencias significativas en la reducción de PIO entre grupos, si bien se observó una mayor reducción de fármacos con faco+iStent versus control a un año ($p=0.036$) y al final del seguimiento ($p=0.007$). El porcentaje de EC al final del seguimiento fue de 11.6% en faco-iStent y 7.9% en control ($p=0.34$). El EP se alcanzó en 55.5% faco-iStent y 54.5% control ($p=0.87$). La función de supervivencia para EC fue más favorable en faco+iStent versus control ($p=0.012$). El número de fármacos preoperatorio fue el único factor que se asoció a una mayor probabilidad de fracaso para EC (HR 1.14, $p=0.017$). Sólo 8% faco+iStent y 7% controles experimentaron una reducción de agudeza visual $>0.3\log\text{MAR}$ al final del seguimiento. No se registraron complicaciones mayores en ninguno de los dos grupos.

Conclusiones: Nuestros resultados no demuestran diferencias significativas en la reducción de PIO tras facoemulsificación con iStent frente a facoemulsificación aislada, si bien sugieren que la combinación de iStent podría proporcionar un adecuado control tensional con menor número de fármacos en pacientes con GPAC

08:38 h **C16 Efecto de la cirugía con iStent inject W sobre la progresión estructural y funcional en pacientes con hipertensión ocular o glaucoma**

Dra. Josefina Reñones de Abajo

Vithas Eurocanarias. Las Palmas de Gran Canaria

Objetivo: evaluar los cambios que se producen en el nervio óptico, tanto a nivel estructural como a nivel funcional, tras cirugía mínimamente invasiva de glaucoma con implante de iStent inject W.

Material y métodos: estudio retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con hipertensión ocular o glaucoma operados con iStent inject W, con o sin cirugía de cataratas, con un seguimiento mínimo de 6 meses. Se excluyeron pacientes que no tuvieran al menos una tomografía de coherencia óptica (OCT) de nervio óptico prequirúrgica, otra al mes de la cirugía y otra a los 6 meses, y al menos un campo visual (CV) fiable prequirúrgico y otro a los 6 meses de la cirugía. Se analizaron el espesor de la capa de fibras nerviosas peripapilar (RNFL) y el mínimo grosor del anillo neuroretiniano a nivel de la apertura de la membrana de Bruch (BMO-MRW) mediante OCT Spectralis y los valores de desviación media (DM) y Visual Field Index (VFI) mediante campimetría Humphrey. También se evaluaron los cambios en la presión intraocular (PIO) y número de fármacos hipotensores en cada visita.

Resultados: se incluyeron 60 ojos, de los cuales 60 alcanzaron un seguimiento a 6 meses, 56 a 12 meses, 38 a 18 meses y 28 a 24 meses. Los valores prequirúrgicos de RNFL, BMO-MRW, DM, VFI, PIO y número de fármacos fueron 81,2 μm , 233,4 μm , -3,1dB, 91,3%, 18,5mmHg y 2,18 respectivamente. Tras la cirugía se observó un leve aumento en los valores de RNFL y BMO MRW al mes y posteriormente una reducción a los 6 meses, manteniéndose valores ligeramente superiores a los prequirúrgicos en todos los momentos del seguimiento ($p<0,05$ a 1, 6, 12 y 18 meses; $p>0,05$ a 24 meses). La DM y el VFI también se mantuvieron estables ($p>0,05$). La PIO y el número de fármacos fueron menores a los prequirúrgicos en todos los momentos del seguimiento ($p<0,05$).

Conclusiones: tras cirugía mínimamente invasiva de glaucoma con implante de iStent inject W no se observó progresión estructural ni funcional en un seguimiento a 24 meses.

08:42 h **C17 Implementación de Glaukos iStent a la práctica clínica en un hospital terciario en España: Análisis Retrospectivo (2010-2022)**

Dres.: Javier García Bardera, Marta Pons María, Laura Morales Fernández, Mireia García Bermúdez, José M.ª Martínez de la Casa, Julian García Feijoo

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivo: Describir la tendencia en la cirugía de glaucoma con la implementación del iStent en la práctica clínica, caracterizar el perfil de los pacientes sometidos a cirugía de iStent y evaluar si este perfil ha cambiado en los últimos años.

Material y metodos: Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a cirugía de glaucoma con iStent en un hospital español entre 2010 y 2022. Se analizaron datos demográficos, tipo de glaucoma, presión intraocular (PIO), agudeza visual (AV), tratamientos hipotensores, desviación media (MD) y pérdida de varianza (LV) del campo visual (CV), y complicaciones.

Resultados: Entre 2010 y 2022 se realizaron 184 cirugías con iStent, incluyéndose 145 ojos tras pérdidas. El uso del dispositivo aumentó del 3,4% de las cirugías de glaucoma en 2010 al 9,4% en 2022 ($p < 0,001$). La edad media de los pacientes fue 75,4 años y la AV decimal media $0,5 \pm 0,2$. En 139 casos (95,9%) se realizó cirugía combinada, y en 6 casos, procedimiento aislado. El 74,5% de los ojos tenía glaucoma primario de ángulo abierto. La PIO basal fue $19,2 \pm 4,5$ mmHg con $1,9 \pm 0,8$ medicaciones de media. Un año postoperatorio, la PIO fue $16,4 \pm 2,5$ mmHg con $0,6 \pm 0,8$ medicaciones, y el 53,9% de los ojos no requería tratamiento. La MD basal del CV fue $5,5 \pm 5,2$ dB. Con los años, las cirugías se realizaron en pacientes con PIO basal más baja ($p = 0,010$) y MD más favorable ($p = 0,026$). Entre las generaciones de dispositivos, el iStent Inject W® destacó por la menor necesidad de medicación tras la cirugía ($0,3 \pm 0,6$ medicaciones; 74,3% sin tratamiento) y mayor tiempo hasta la reintroducción.

Conclusiones: El dispositivo iStent se utiliza cada vez más en la práctica clínica habitual, principalmente en procedimientos combinados en glaucomas leves a moderados. Con el tiempo, se ha ampliado el perfil del paciente, realizándose cirugías en etapas más tempranas y obteniendo mejores resultados. Destaca su capacidad para reducir la necesidad de medicación, especialmente con el iStent Inject® W.

08:46 h **C18 Resultados visuales en pacientes intervenidos con lente Vivivity e implante I-stent Inject**

Dres.: Cristina López Caballero, Carmen Sánchez Sánchez, Beatriz Puerto Hernández, Patricia González, José María Sánchez Pina, Esther Villar, Inés Contreras

Clínica Rementería. Madrid

Objetivo: Estudiar los resultados visuales en pacientes intervenidos mediante lente intraocular Vivivity® e implante I-Stent inject® bilateral y simultáneamente.

Material y métodos: identificaron pacientes con hipertensión ocular o glaucoma intervenidos quirúrgicamente de catarata bilateral con implante de una lente intraocular Vivivity en ambos ojos y simultáneamente inyección de i-Stent en al menos un ojo, con un seguimiento mínimo de 1 año.

Resultados: incluyeron en el estudio 20 hombres y 30 mujeres y su edad media en el momento de la cirugía fue de 72,58 años.

El diagnóstico de los 100 ojos incluidos fue glaucoma primario de ángulo abierto en 37 ojos (37%), hipertensión ocular en 19 ojos (19%), glaucoma primario preperimétrico de ángulo abierto en 14 ojos (14%), pseudoexfoliación con glaucoma en 12 ojos (12%), hipertensión ocular con pseudoexfoliación en 6 ojos (6%), sin patología en 5 ojos (5%), glaucoma normotenso en 4 ojos (4%), glaucoma crónico de ángulo cerrado en 3 ojos (3%). La clasificación de Hodapp según los campos visuales realizados por los pacientes más cercanos a la última revisión previa a la cirugía fue de dentro de los límites normales en 39 ojos (43%), leve en 36 ojos (36%), moderado en 13 ojos (13%) y grave en 8 ojos (8%).

La agudeza visual media en LogMar pasó de 0.25 corregida previa a la cirugía a agudezas posteriores a la cirugía sin corrección de -0.03 en visión lejana, 0.09 en intermedia y 0.17 en cercana. El equivalente esférico medio tras la cirugía fue de -0.11D.

La presión intraocular descendió una media del 15,38% al año tras la cirugía y del 12,50% al final del seguimiento. El número de fármacos hipotensores pasó de 1.82 antes de la cirugía a 0.22 al año de seguimiento.

Conclusiones: intervención de catarata con lente Vivity® asociado a la colocación de implante I-Stent Inject® es una opción segura y efectiva.

08:50 h C19 Estudio de eficacia y seguridad de la cirugía mínimamente invasiva de glaucoma vs. la cirugía convencional

Dres.: María Jesús Muniesa Royo, José Manuel Navero Rodríguez, Aritz Urcola Carrera, Jesús Téllez Vázquez, Jorge Vila Arteaga, Antonio Moreno Valladares, Cosme Lavin Dapena, Virginia García del Puerto
Hospital Clínic. Barcelona

Objetivo: Evaluar la eficacia y la seguridad de la cirugía mínimamente invasiva de glaucoma (iStent, ELIOS, implante XEN, Preserflo Microshunt) comparados entre sí y versus la cirugía convencional (trabeculectomía/EPNP) en los distintos grados de severidad del glaucoma de ángulo abierto.

Material y metodos: Estudio clínico prospectivo, randomizado y multicéntrico con 7 centros nacionales. Las principales variables de estudio son la reducción de la presión intraocular, la reducción del tratamiento hipotensor y la progresión estructural y funcional del glaucoma.

Resultados: Se han incluido 187 pacientes intervenidos de glaucoma aislado o cirugía combinada con catarata, con un seguimiento mínimo de 6 meses. Se han incluido 90 pacientes con glaucoma leve intervenidos con iStent, Elios o implante XEN, 49 pacientes con glaucoma moderado intervenidos de XEN, Preserflo o cirugía convencional (trabeculectomía/EPNP) y 48 pacientes con glaucoma severo intervenidos con Preserflo o cirugía convencional (trabeculectomía /EPNP). El registro

de las variables de estudio se ha realizado en la visita basal previa a la cirugía y durante el postoperatorio de 24 horas, 1 semana, 1, 3, 6 y 12 meses.

Conclusiones: Los resultados analizados permitirán comparar las distintas técnicas mínimamente invasivas de glaucoma entre sí y con la cirugía convencional en términos de eficacia y seguridad, según los distintos grados de severidad del glaucoma.

08:54 h **C20 Impacto del implante Preserflo microshunt sobre la densidad de células endoteliales: estudio prospectivo**

Dres.: Mireia García Bermúdez, Marco Antonio Pascual Santiago, Patricia Robles Amor, Javier García Bardera, Laura Morales Fernández, José M.ª Martínez de la Casa, Julián García Feijoo

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivo: Evaluar el impacto del implante Preserflo microshunt sobre la densidad de células endoteliales corneales en pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA).

Método: Estudio prospectivo en 35 ojos de 34 pacientes con GPAA sometidos a cirugía con Preserflo microshunt entre junio de 2021 y julio de 2023. Se excluyeron pacientes con glaucoma secundario, cirugías combinadas, cirugía de glaucoma previa, cirugía de cataratas en los últimos 12 meses y recuentos endoteliales menores a 2000 células/mm². Se evaluaron variables como edad, sexo, agudeza visual, presión intraocular (PIO), número de medicamentos hipotensores y aparición de complicaciones. La densidad de células endoteliales se midió mediante microscopía especular en varias posiciones corneales (central, superior, temporal superior e inferior) antes y a los 1, 3, 6 y 12 meses postcirugía. La posición del tubo y la distancia tubo-endotelio se evaluaron mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) del segmento anterior.

Resultados: Se observó una reducción significativa de la densidad de células endoteliales en todas las posiciones al año postcirugía: una disminución del 10,6% en la región central ($p = 0.004$), del 14,6% en la región superior ($p < 0.001$), del 13% en la temporal superior ($p = 0.001$) y del 13,4% en la región inferior ($p < 0.001$). La posición del tubo fue superior en 16 ojos, temporal en 13 y nasal en 4. No se encontraron diferencias significativas en la pérdida de células endoteliales en función de la posición del tubo ni de la distancia tubo-endotelio, que tuvo un promedio de $519,1 \pm 234,4$ micras.

Conclusiones: El implante de Preserflo microshunt está asociado con una pérdida significativa de células endoteliales corneales, sin que la posición del tubo ni la distancia entre el tubo y el endotelio mostraran diferencias en nuestra muestra. Se recomienda ampliar la muestra en futuros estudios para confirmar estos hallazgos y obtener conclusiones más robustas.

08:58 h **C21 Preserflo vs Xen 63: eficacia y seguridad a 12 meses. Estudio comparativo**

Dres.: Patricia Robles Amor, Marco Antonio Pascual Santiago, Mireia García Bermúdez, Clara de Heredia Pastor, Laura Morales Fernández, Sofía García Sáenz, Carmen Dora Méndez Hernández, Julián García Feijoo, José M.ª Martínez de la Casa

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivos : Se compararon los perfiles de eficacia y seguridad de los dispositivos Xen 63 y Preserflo MicroShunt implantados como procedimientos aislados en pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA).

Material y Métodos : Estudio retrospectivo y unicéntrico realizado de forma consecutiva en pacientes con GPAA no controlado médicamente que se sometieron a un implante de Xen 63 o de Preserflo Microshunt, con seguimiento durante al menos 12 meses.

Resultados : El resultado primario fue la presión intraocular (PIO) media en el mes 12. Se incluyeron 60 ojos en dos grupos, Xen 63 y Preserflo Microshunt. Cada grupo analizó las variables de 30 ojos.

La PIO preoperatoria se redujo significativamente de $20,8 \pm 3,6$ mmHg y $19,1 \pm 3,8$ mmHg a $14,2 \pm 4,5$ mmHg y $12,8 \pm 2,3$ mmHg en los grupos Xen 63 y Preserflo, respectivamente ($p < 0,0001$ cada uno, respectivamente); sin diferencias significativas entre grupos ($p=0,1346$). El número preoperatorio de fármacos hipotensores oculares se

redujo significativamente de $2,3 \pm 0,6$ a $0,2 \pm 0,6$ fármacos y de $2,3 \pm 0,7$ a $0,3 \pm 0,6$ fármacos, en los grupos Xen 63 y Preserflo, respectivamente ($p < 0,0001$ cada uno, respectivamente); sin diferencias significativas entre grupos ($p=0,5212$). En cuanto a la seguridad, un ojo (3,3%) en el grupo de Preserflo requirió la extracción del dispositivo debido a maculopatía. Tres (10,0%) ojos en el grupo Xen 63 fueron sometidos a needling. 4^º Conclusiones

Conclusión: tanto el dispositivo Xen 63 como Preserflo MicroShunt redujeron de manera efectiva y segura la PIO y la necesidad de medicamentos para reducir la PIO, mostrando niveles de PIO comparables después de 12 meses.

09:02 h **C22 Cirugía de glaucoma con Preserflo®, Mitomicina C al 0,04% y DuraGen®: resultados a los 6 meses**

Dres.: Julia Pérez Martínez, Vicente-Tomás Pérez Torregrosa, Andrea Catalá Nadal, Javier Garulo Nicolás, Isabel Pérez Cantó, Prudencia Rochina Pérez, Antonio Duch Samper

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de la Cirugía con Preserflo®, Mitomicina C al 0,04 % e interposición de DuraGen® en glaucomas moderados o severos a los 6 meses de seguimiento. También se analizó mediante OCT-SA el aspecto de las ampollas de filtración.

Material y Métodos: Estudio prospectivo de 25 ojos consecutivos con glaucoma, no controlados con tratamiento médico, a los que se practicó cirugía con Preserflo®, Mitomicina C al 0,04 % e interposición de DuraGen® como procedimiento aislado o en combinación con cirugía de catarata. Se definió como éxito lograr una PIO entre 5 y 18 mmHg a los 6 meses postoperatorios. Y éxito relativo si se conseguía pero con tratamiento tópico hipotensor. Se consideró fracaso no conseguir esta premisa. También se analizaron las complicaciones asociadas. Y la evolución con OCT-SA de las ampollas de filtración.

Resultados: Se incluyeron 25 ojos de 24 pacientes. En 16 ojos (64 %) la cirugía fue combinada con facoemulsificación e implante de LIO. En 9 ojos se realizó sólo cirugía de glaucoma. La PIO preoperatoria media fue de $28,8 \pm 7,1$ mmHg. La PIO postoperatoria media fue de $11,9 \pm 3,9$ mmHg a los 6 meses. Obteniéndose una reducción promedio de PIO de $-16,9$ mmHg, es decir, una reducción media del 56,5 %, estadísticamente significativa ($p < 0,0001$). El éxito fue completo en 19 ojos (76 %), relativo en 5 (20 %) y sólo un ojo se consideró fracaso. Tuvimos 5 ojos (20%) de desprendimiento corioideo en el postoperatorio temprano con resolución completa con tratamiento conservador y sin pérdida de agudeza visual. En todos, en la OCT-SA se observó la morfología de ampolla subconjuntival y se identificó el tubo y la presencia del DuraGen® expandido con lagos de humor acuoso.

Conclusion: El uso simultáneo de DuraGen®, Preserflo® y MMC 0,04 % mostró ser efectivo para reducir la PIO a los 6 meses y seguro. Y la OCT-SA es una prueba útil y objetiva para evaluar el dispositivo, la matriz de colágeno y la filtración de acuoso en la ampolla.

09:06 h **C23** Análisis de los resultados refractivos y factores relacionados en cirugía filtrante de glaucoma y lente tórica para la corrección del astigmatismo

Dres.: Laura Sánchez Sanz, José Manuel Navero Rodríguez, Alfonso Antón López, Karen Wolfenson, Laura María Pinilla Cortés

Instituto Català de Retina (ICR). Barcelona

Objetivo: Nuestro objetivo es evaluar los resultados refractivos en pacientes sometidos a cirugía filtrante y extracción de catarata con implante de lente intraocular tórica, analizando la mejora del astigmatismo y los factores asociados al éxito refractivo.

Material y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, observacional y longitudinal en pacientes sometidos a cirugía de glaucoma (trabeculectomía o EPNP) con implante de lente intraocular tórica. Se recopilaron datos de agudeza visual (AV) y presión intraocular (PIO) preoperatorios, a 1, 3, 6 y 12 meses, con énfasis en la magnitud y tipo de astigmatismo, así como el equivalente esférico (EE).

Se evaluaron los datos queratométricos preoperatorios, el tipo de lente tórica implantada (monofocal o EDOF) y su plataforma (en plato o en C). Además, se investigaron las posibles relaciones entre factores clínicos y cambios refractivos postoperatorios.

Resultados: Se incluyeron 43 ojos de 38 pacientes. El astigmatismo preoperatorio presentó una media de $-2,30 \pm 1,02$ dioptrías (D), que se redujo significativamente a $-0,611 \pm 0,46$ D tras la cirugía a los 12 meses. El 76,75% (n=33) de los ojos mostraron un astigmatismo refractivo residual de $\pm 0,5$ D o menos después del procedimiento, lo que indica un cambio favorable en la refracción. El EE mejoró significativamente pasando de $-1,38 \pm 3,52$ D a $-0,08 \pm 0,45$ D. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el astigmatismo residual ni en el EE según el tipo de lente tórica implantada, el tipo de cirugía de glaucoma realizada, ni según la plataforma de la misma. La PIO preoperatoria tuvo una media de 20 mmHg que descendió a 13 mmHg a los 12 meses tras la cirugía, siendo esta reducción estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Conclusion: la cirugía filtrante adicional a la cirugía de catarata no compromete los resultados refractivos y nos proporciona resultados predecibles por lo que puede combinarse de manera segura.

09:10 h **C24** ¿Menor riesgo de hipotonía clínicamente significativa con XEN63 subtenoniano /supraescleral vs XEN63 subconjuntival? conjuntiva abierta vs. conjuntiva cerrada

Dres.: Sonia Marías, María Jesús Muniesa, Elena Millà, Marta Pazos, Jordi Izquierdo, Néstor Ventura, Ines Bourleau, Pau Marjalizo, Julia Seco

Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona

Objetivo: Valorar el riesgo de hipotonía clínicamente significativa tras XEN63 analizando su posible relación con la posición subconjuntival del XEN63 colocado ab interno con conjuntiva cerrada, versus su posición subtenoniana/supraescleral a partir de un abordaje con conjuntiva abierta.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de 25 cirugías consecutivas con XEN63.

Resultados: Se han incluido 25 pacientes consecutivos operados con XEN63, incluyendo cirugías con conjuntiva cerrada y MMC inyectada 0.1 ml al 0.01%, y cirugías con conjuntiva abierta con colocación del XEN subtenon/supraescleral y MMC en esponjas al 0.02% durante 2 min. Dos pacientes presentaron hipotonía clínicamente significativa con desprendimiento coroideo (DC) e hipotalamia.

En un caso se resolvió con llenado de la cámara anterior con viscoelástico, y en el otro caso, se precisó de la retirada del implante XEN para revertir la hipotonía y los DC. En ambos casos el XEN63 estaba subconjuntival tras su implantación ab-interno con conjuntiva cerrada y en uno de los casos se inyectó aire suconjuntival previo a la implantación del XEN («air technique»). En ambos casos las ampollas a las 24 horas eran muy difusas y se extendían por tres cuadrantes. Ninguno de los casos con conjuntiva abierta y XEN subtenoniano/supraescleral presentaron ampollas tan extensas en el postoperatorio inmediato ni hipotonía clínicamente significativa.

Conclusion: La mayor capacidad de drenaje del XEN63 respecto al XEN45, puede suponer que una menor resistencia del espacio subconjuntival respecto el espacio subtenoniano, implique un mayor riesgo de hipotonía clínicamente significativa. La inyección de aire subconjuntival previa a la implantación, podría incrementar este riesgo al disminuir todavía más la resistencia distal al implante. La colocación del XEN63 subtenoniano/supraescleral con conjuntiva abierta podría minimizar este riesgo estando especialmente indicado en los pacientes con mayor riesgo de hipotonía.

09:14 h **C25 Optimización de un modelo experimental en conejo para evaluar terapias innovadoras basadas en sistemas biodegradables en cirugía de glaucoma**

Dres.: Álvaro Ponce de León Miguel, Fiorella Katherine Cuba-Sulluchuco, Harold Castillo Guerra, Yaiza de la Casa Huerta, Julián García Feijóo, Rocío Herrero Vanrell, Vanessa Andrés Guerrero, José M.ª Martínez de la Casa
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivos: Optimizar un modelo experimental in vivo en conejo para evaluar formulaciones de micropartículas biodegradables de liberación sostenida en el control de la cicatrización de la ampolla de filtración en cirugía de glaucoma.

Material y métodos: Se implantó un dispositivo de drenaje XEN 63 ab interno en ambos ojos de 6 conejos combinado con la administración subconjuntival de diferentes formulaciones, en un sitio adyacente al de la formación de la ampolla. Ambos ojos de un conejo recibieron la misma formulación, con los siguientes grupos: (1) micropartículas sin fármaco (MPs), (2) MPs con dexametasona (MPs DX) y (3) MPs con DX y vitamina E (MPs DX VE). Se evaluaron cantidades de 2.5 mg y 5 mg de MPs, con un conejo por cantidad de MPs en cada grupo. Los animales fueron evaluados en 9 visitas durante los 30 días postoperatorios, analizando la presión intraocular (PIO), características de la ampolla (escala Moorfields) y signos inflamatorios. Posteriormente, se realizó un análisis histológico de las ampollas mediante tinción H&E.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas en los valores de la PIO, características de la ampolla o complicaciones entre los grupos. El descenso de la PIO fue limitado, probablemente como consecuencia de presiones basales bajas. Las complicaciones más relevantes incluyeron la extrusión del XEN hacia la cámara anterior en 4 ojos. En el análisis histológico, una cantidad de 5 mg de la formulación MPs DX-VE, mostró niveles menores de inflamación, fibrosis y neovascularización en comparación con los otros grupos ensayados.

Conclusiones: Al no encontrarse diferencias en la tasa de complicaciones y en el perfil de seguridad y obtener menores signos inflamatorios en el estudio histológico, se decidió optar por la cantidad de 5 mg de MPs para futuras fases del estudio. Además, se decidió posicionar el implante en superior para evitar que la ampolla quede cubierta por la membrana nictitante y facilitar la evaluación clínica.

09:18 h **DISCUSIÓN**

SESIÓN III

Moderadores: Dr. Alfonso Antón López, Dr. Ignacio Rodríguez Uña

09:25 h C26 Evaluación de la eficacia y seguridad del Preserflo microshunt en glaucoma pigmentario y miópico

Dres.: Mireia García Bermúdez, Marco A. Pascual Santiago, Patricia Robles Amor, Laura Morales Fernández, José María Martínez de la Casa, Julián García Feijoo
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivo: Evaluar la eficacia del implante de Preserflo Microshunt en la reducción de la presión intraocular (PIO) y la disminución del tratamiento tópico hipotensor en pacientes con glaucoma pigmentario y miópico. **Objetivos secundarios:** analizar la agudeza visual, el campo visual y la incidencia de complicaciones.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de la evolución postoperatoria de 105 pacientes sometidos a implante de Preserflo Microshunt entre julio de 2020 y julio de 2022. Veinticinco pacientes fueron diagnosticados previamente con glaucoma pigmentario ($n = 15$) o miópico ($n = 10$). Se evaluaron la PIO basal, a los 3, 6 y 12 meses, el uso de colirios hipotensores, la tasa de éxito quirúrgico y las complicaciones.

Resultados: La PIO mostró una reducción significativa en ambos grupos. En pacientes con glaucoma pigmentario, la PIO descendió de 23.8 ± 1.71 mmHg basal a 13.93 ± 1.24 mmHg al año ($P < 0.001$), mientras que el uso de colirios disminuyó de 2.86 ± 0.13 a 0.93 ± 0.3 ($P < 0.0002$). En el grupo miópico, la PIO se redujo de 22.3 ± 3.01 mmHg a 12.2 ± 0.8 mmHg ($P < 0.0083$), y los colirios bajaron de 3 ± 0.21 a 0.4 ± 0.22 ($P < 0.0001$). Al primer año, el éxito general fue del 73.33% en el grupo pigmentario y del 90% en el grupo miópico; el éxito completo (sin tratamiento tópico adicional) alcanzó el 90.90% y el 88.88%, respectivamente. Los eventos adversos intraoperatorios incluyeron hipema y creación de vías accesorias. En

el postoperatorio, se registraron hipema, cámara anterior estrecha, desprendimiento coroideo y encapsulación de la ampolla. La revisión de la ampolla fue necesaria en el 13% de los casos pigmentarios y el 10% de los miópicos.

Conclusión: El implante de Preserflo Microshunt es un tratamiento efectivo para reducir la PIO y la dependencia de medicación tópica en el glaucoma secundario pigmentario y miópico. Las tasas de éxito quirúrgico son elevadas, con un perfil de seguridad aceptable y manejable.

09:29 h C27 Análisis retrospectivo de los implantes XEN45 y XEN63 con diferentes abordajes quirúrgicos en hospital de tercer nivel

Dres.: Francisco Javier Cordero Bellido, José Vicente Guijarro Ambel, Norberto Seva Silva, María Fernanda Aranda del Prado, Leonor González García, Asunción Alfaro Juárez, Francisca Victoria Sánchez Oliver
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivo: Analizar una cohorte de pacientes intervenidos de glaucoma con implante XEN. El objetivo principal de este estudio es analizar las diferencias en cuanto a ciertas variables (presión intraocular [PIO], nº fármacos postcirugía, mejor agudeza visual corregida [MAVC], etc) dependiendo del abordaje quirúrgico y del diámetro del implante.

Material y métodos: Realizamos un estudio descriptivo, retrospectivo con 126 ojos de 101 pacientes. Dividimos el estudio en 4 binomios principales: XEN 45 Ab interno, XEN 45 Ab interno con apertura conjuntival, XEN 63 Ab interno y XEN 63 Ab externo. Estudiamos la distribución de una serie de variables medidas entre ellos.

Resultados: En las etapas postquirúrgicas tempranas, la PIO es más baja en los grupos de XEN 63 Ab externo y XEN 45 Ab interno con apertura conjuntival. Sin embargo, estas diferencias se nivelan al año de seguimiento. El uso de XEN de 63 micras reduce significativamente el número de fármacos al año tras la cirugía. Preoperatoriamente hay diferencias significativas en el número de fármacos entre XEN 45 Ab interno y XEN 45 Ab interno con apertura conjuntival. En cuanto a la MAVC, solo hay significación estadística en el grupo de XEN 45 Ab interno cuando se combina con facoemulsificación. La tasa de fracaso terapéutico es significativamente menor en los grupos con XEN 63. No se identifican diferencias significativas en la PIO durante el seguimiento, ni en la frecuencia de complicaciones intraoperatorias, postoperatorias o reintervenciones.

Conclusión: Los dispositivos de mayor diámetro ofrecen mejores resultados en nº de fármacos al año y tasas de fracaso terapéutico. La PIO en estadios precoces es menor en los procedimientos Ab externo o con apertura conjuntival, por lo que serían de elección si necesitamos reducciones rápidas de la PIO, aunque al año se igualan. No hay más complicaciones entre los diferentes grupos, por lo que podríamos seleccionarlos según otros criterios

09:33 h **C28 Eficacia y seguridad del Preserflo MicroShunt en el manejo del glaucoma infantil refractario previamente tratado con Válvula de Ahmed**

Dres.: Javier García-Bardera, Clara Heredia Pastor, Julian García-Feijoo, Laura Morales Fernández, Mireia García Bermúdez, José M.ª Martínez de la Casa
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Propósito: Evaluar la eficacia y seguridad del Preserflo MicroShunt (PMS) con mitomicina C (MMC) en el manejo del glaucoma infantil refractario previamente tratado con válvula de Ahmed (AGV).

Métodos: Estudio retrospectivo observacional unicéntrico con 25 ojos de 24 pacientes con glaucoma infantil refractario previamente tratados con AGV. Todos los casos fueron sometidos a implantación de PMS con MMC intraoperatoria (0,04% durante 2,5 minutos). Se analizaron datos demográficos, características basales, antecedentes quirúrgicos y resultados. Los objetivos principales incluyeron la reducción de la presión intraocular (PIO), la disminución del uso de medicaciones y las tasas de éxito quirúrgico. Se definió éxito como reducción de PIO $\geq 30\%$ (éxito completo sin medicación; éxito parcial con medicación) y, como objetivo secundario, reducción $\geq 20\%$. El fracaso incluyó la necesidad de reintervención o retirada del dispositivo.

Resultados: El seguimiento mediano fue de 19 meses (IQR: 15–35 meses). La PIO basal media fue de $26,6 \pm 4,6$ mmHg con $3,2 \pm 0,5$ medicaciones tópicas, y el grosor corneal medio era de 619 ± 79 μm (rango: 460–800 μm). Un año tras la cirugía, la PIO media disminuyó significativamente a $14,5 \pm 4,7$ mmHg y el número de medicaciones a $0,6 \pm 1,0$. La tasa de éxito con reducción $\geq 30\%$ fue del 75% (55% éxito completo), mientras que con reducción $\geq 20\%$ alcanzó el 90% (65% éxito completo). Dos casos fracasaron: uno por exposición del dispositivo a los 92 días y otro por revisión quirúrgica a los 154 días. Las complicaciones incluyeron 1 extrusión y 1 pico hipertensivo precoz.

Conclusiones: La implantación del PMS es una opción quirúrgica segura y eficaz para el manejo del glaucoma infantil refractario en pacientes previamente tratados con AGV. Su capacidad para reducir significativamente la PIO y el uso de medicaciones resalta su potencial en esta población compleja. Serían recomendables estudios con mayor seguimiento para evaluar su eficacia a largo plazo.

09:37 h C29 Eficacia y seguridad de la esclerectomía profunda no perforante en pacientes intervenidos de queratoplastia penetrante o lamelar

Dres.: Alberto Salmoral Lorenzo-Arroyo, Elena Arrondo Murillo, Maribel Acuña Salles, Natalino Giuliano Salas, Eva Ramón Juan

Instituto de Microcirugía Ocular Grupo Miranza. Barcelona

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de la esclerectomía profunda no perforante (EPNP) en pacientes con antecedentes de queratoplastia, penetrante o lamelar, e hipertensión ocular o glaucoma refractarios al tratamiento.

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en ojos con antecedentes de queratoplastia, penetrante o lamelar, e intervenidos de EPNP en IMO Barcelona, entre 2007 y 2024.

Resultados: Se estudiaron 49 ojos, 31 (63,26%) intervenidos mediante queratoplastia penetrante (QPP), 12 (24,48%) de deep anterior lamelar keratoplasty (DALK), y 6 (12,26%) mediante descemet membrane endothelial keratoplasty (DMEK). Posteriormente todos los ojos fueron intervenidos de EPNP. La presión intraocular (PIO) media preoperatoria, era de $27,77 \pm 8,64$ mmHg (media \pm SD), y tras el último seguimiento, se obtuvo una PIO media final de $10,87 \pm 4,76$ mmHg, siendo de $8,50 \pm 2,74$ mmHg en intervenidos de DALK, $7,67 \pm 2,27$ mmHg en DMEK y $12,75 \pm 4,99$ mmHg en QPP. En los tres grupos el descenso tensional fue estadísticamente significativo ($p < 0,0001$). Igualmente, se objetivó una reducción en el número de fármacos hipotensores, con un descenso de $3,06 \pm 1,00$ fármacos de media previa a la cirugía, a una cifra de $0,26 \pm 0,61$ fármacos tras la última visita, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,0001$). El 41,30% de los ojos requirieron goniopunción con láser YAG, tras un tiempo medio de $15,58 \pm 22,11$ meses después de la cirugía de EPNP. En el postoperatorio, 3 pacientes presentaron fuga precoz de la ampolla de filtración y 2 pacientes desarrollaron desprendimiento coroideo seroso, resolviéndose ambas complicaciones con tratamiento conservador. Únicamente 1 paciente necesitó reintervención por mal control tensional.

Conclusiones: La EPNP es una cirugía eficaz y segura en pacientes en los que se ha realizado QPP, DMEK o DALK, y que presentan un mal control tensional tras el trasplante.

09:41 h C30 Defectos campimétricos tras cirugía de vitrectomía vía pars plana en desprendimiento de retina regmatógeno

Dres.: Paul Buck Espel, Tatiana Pablos Jiménez, Tania Goncharova Simón, Elena Ros Sánchez, David Oliver Gutiérrez, Anna Boixadera Espax, Marta Castany Aregall

Hospital Universitari Vall Hebron. Barcelona

Objetivos: describir los defectos campimétricos y en la tomografía de coherencia óptica (OCT) de pacientes intervenidos de desprendimiento de retina regmatógeno (DRR) mediante vitrectomía pars plana (VPP). Comparar la localización de estos defectos con la localización del DRR y analizar la presencia de defectos no congruentes con esta, así como evaluar su evolución en el tiempo.

Material y Métodos: estudio descriptivo de una serie de pacientes con DRR intervenidos mediante VPP en nuestro hospital. Realización de campo visual (Humphrey Sita-fast 24-2) y OCT a los 3, 6 y 12 meses de la intervención, además del seguimiento y exploraciones habituales.

Resultados: 37 casos consecutivos de DRR fueron incluidos. Un 24% de ellos altos miopes (longitud axial mayor a 26mm y/o esfera $-6D$) y un 8% con glaucoma diagnosticado previo a la cirugía. El 30% de los DRR fueron mácula ON y el tiempo de evolución medio del inicio de los síntomas a la cirugía de 9 días. En un 14% de los casos se observaron defectos en el campo visual post cirugía. Un 60% de

estos posiblemente relacionados con las características del DRR y su tratamiento, un 20% por sospecha de daño glaucomatoso y un 20% atribuibles a la técnica quirúrgica.

Conclusiones: En la mayoría de los pacientes no existen defectos campimétricos atribuibles al DRR. En los pacientes en los que sí existen se debe de realizar un análisis individualizado del motivo de estos ya que en la mayoría de las ocasiones puede atribuirse a las características del DRR y su tratamiento, a daño glaucomatoso o a daño iatrogénico por la técnica quirúrgica. Debería contemplarse el uso de la campimetría de forma rutinaria en pacientes operados de DRR.

09:45 h **C31 Retirada del tutor en el implante de glaucoma PAUL: Efectos del momento de retirada sobre la presión intraocular**

Dres.: Guillem Pérez García, Irene Loscos Giménez, María Cobo de Nadal, Andrea Montero García, Marta Caminal i Carames, Jesús Téllez Vázquez
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Objetivos: El implante PAUL (PGI) se ha consolidado como opción segura para controlar la PIO en glaucoma refractario. El tutor intraluminal permite evitar la hipotonía severa pero no hay consenso sobre el momento óptimo para su retirada. El objetivo de este estudio es comparar las características y resultados entre pacientes con y sin retirada del tutor y evaluar la influencia de la retirada precoz y tardía.

Métodos: Estudio retrospectivo de serie de casos en pacientes con glaucoma avanzado tratados con PGI entre 2021 y 2024. Se analizaron características demográficas y del tipo de glaucoma, la PIO preoperatoria y en el seguimiento hasta los 12 meses, así como la necesidad de retirada de tutor y las complicaciones asociadas. Los pacientes se dividieron en grupo sin retirada de tutor (SRT) y grupo con retirada de tutor (CRT).

Resultados: Como datos preliminares se han analizado 56 ojos tratados con PGI. La PIO media preoperatoria fue de 22.6 ± 6.8 y de 12.3 ± 4.0 a los 12 meses. Se retiró el tutor a 21 (37.5%) pacientes en una media de 15.4 ± 10.7 semanas. La PIO preoperatoria del grupo SRT fue de 22.0 ± 6.8 versus de 23.6 ± 7.0 en el grupo CRT, produciéndose una disminución de la PIO de 5.9 ± 5.2 mmHg y del uso fármacos hipotensores de 0.9 ± 0.9 tras la retirada. Como complicaciones se registró un caso de aumento de PIO tras la retirada del tutor. A 13 pacientes (61.9%) se les retiró el tutor antes de la semana 15, con una PIO preoperatoria de 25.4 ± 1.4 mmHg y una reducción de 7.2 ± 6.4 mmHg. Mientras que a 8 pacientes (38.1%) se les retiró después de la semana 15, con una PIO preoperatoria de 20.8 ± 5.6 mmHg y una reducción de 3.9 ± 6.3 mmHg.

Conclusiones: La retirada del tutor del PGI reduce significativamente la PIO. Los casos con retirada precoz tenían una PIO preoperatoria mayor y presentaron un descenso tensional mayor. Sin embargo, se requieren series más amplias y con seguimiento a largo plazo para determinar el momento óptimo de retirada del tutor.

09:49 h **C32 Evaluación de marcadores linfáticos en conjuntiva y esclera: nuevas perspectivas para la cirugía de glaucoma**

Dres.: Javier Ferrando Gil, Iñaki Rodríguez Aguirretxe, Arantxa Acera Osa Ana Aiestui Pujana, Claudia Rodiño Millán, Alba Delgado Montero
Hospital Universitario Donostia. Guipúzcoa

Objetivos: Este estudio prospectivo observacional de tres años tiene como objetivo principal caracterizar biomarcadores linfáticos en los tejidos conjuntival y escleral para identificar posibles dianas

terapéuticas que promuevan la linfangiogénesis y contribuyan al éxito quirúrgico en pacientes con glaucoma. Los objetivos específicos incluyen: 1) analizar el perfil proteómico escleral y conjuntival; 2) detectar marcadores linfáticos en estos tejidos; 3) correlacionar la expresión de dichos marcadores con el éxito quirúrgico; y 4) evaluar diferencias estructurales, como la elastosis, entre glaucoma pseudoexfoliativo (GPSX) y glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA).

Material y métodos: Se incluyeron 40 pacientes con glaucoma sometidos a cirugía filtrante de EPNP. Las muestras de esclera y conjuntiva se obtuvieron durante la disección del tapete profundo de la EPNP. Los tejidos fueron analizados histológicamente mediante hematoxilina-eosina, inmunofluorescencia para marcadores linfáticos (LYVE-1, PDPN y PROX-1), y autofluorescencia para evaluar elastosis, complementado con un análisis proteómico detallado.

Resultados: Hasta el momento, se han identificado resultados positivos de tinción para los marcadores linfáticos en tejidos escleral y conjuntival, destacando la novedad de la detección en la esclera, tradicionalmente considerada alinfática. Este hallazgo sugiere una posible implicación linfática en la dinámica del drenaje del humor acuoso, tanto en condiciones normales como tras cirugía de glaucoma.

Conclusiones: Los resultados preliminares apoyan la hipótesis de que la esclera desempeña un papel importante en el drenaje del humor acuoso. Estos hallazgos tienen el potencial de abrir nuevas vías para el desarrollo de terapias dirigidas a promover la linfangiogénesis y mejorar el éxito quirúrgico en pacientes con glaucoma para facilitar el drenaje de humor acuoso tras la cirugía de glaucoma.

09:53 h **DISCUSIÓN**

SESIÓN III (Continuación)

Moderadores: Dr. José Belda Sanchís, Dr. Rafael Giménez Gómez

10:00 h **C33 Comparación del uso de matriz celular Ologen versus Duragen en la esclerotomía profunda no penetrante**

Dres.: María Cobo de Nadal, Irene Loscos Giménez, Guillem Garcia Pérez, Andrea Montero García

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Objetivos: Comparar la eficacia y la seguridad de la matriz de colágeno Ologen versus Duragen como adyuvantes en la esclerectomía profunda no penetrante (EPNP) con mitomicina C.

Material y métodos: Observacional, retrospectivo. Se incluyeron pacientes intervenidos de glaucoma con EPNP entre enero 2018 hasta octubre 2024 en nuestro centro. Fueron clasificados en dos grupos en función del implante usado: Ologen (grupo O) o Duragen (grupo D). La variable principal fue la presión intraocular (PIO) a las 24 horas, la semana, los 3, 6 y 12 meses. Las variables secundarias: Fármacos pre y post cirugía, complicaciones asociadas a la cirugía, agudeza visual pre y post cirugía y desviación media del campo visual pre y post cirugía.

Resultados preliminares: Se incluyeron 48 ojos en el grupo O y 28 ojos en el grupo D. En ambos la mayoría de pacientes tenían glaucoma primario de ángulo cerrado avanzado.

El grupo O la PIO preoperatoria media fue $20,6 \pm 5,9$ mmHg, reduciéndose a los 6 meses a $10,8 \pm 3,2$ mmHg. El número de hipotensores disminuyó de $2,2 \pm 0,61$ a $0,56 \pm 0,77$, con 23 pacientes sin tratamiento. Die-

ocho pacientes requirieron goniopunción, y 4 reintervenciones. Hubo 2 casos de desprendimientos coroideos, 2 de hipotalamias, 2 incarceraciones de iris, 1 microperforación, 1 hipema y 1 defecto endotelial. El grupo D la PIO preoperatoria media fue $22,3 \pm 6,3$ mmHg, reduciéndose a los 6 meses de $12,7 \pm 5,9$ mmHg. El número de hipotensores disminuyó de $2,3 \pm 0,69$ a $0,39 \pm 0,61$, con 23 pacientes sin tratamiento. Un paciente requirió needling, 4 goniopunción y 2 reintervenciones. Hubo 2 casos de desprendimiento coroideo.

Conclusiones: A la espera de determinar si las diferencias observadas son clínicamente significativas, ambos implantes lograron una reducción similar de la PIO. Aún así, el menor uso de fármacos hipotensores post cirugía así como la menor frecuencia de reintervenciones y complicaciones observada con Duragen podría indicar una mayor seguridad y estabilidad a largo plazo.

10:04 h **C34 Matriz de colágeno biodegradable DuraGen® como adyuvante en la EPNP: Resultados a 18 meses**

Dres.: Lorena Azorín Pérez, Marta Solaz Ruiz, Jorge Vila Arteaga
Hospital Politécnico y Universitario La Fe. Valencia

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad del implante de matriz de colágeno biodegradable DuraGen® como adyuvante en la esclerectomía profunda no perforante (EPNP) para el tratamiento del glaucoma primario.

Material y método: Estudio observacional, retrospectivo y longitudinal. La muestra incluye un total de 27 ojos de 27 pacientes sometidos a EPNP con implante de DuraGen® entre enero y mayo de 2023. Se evaluaron los siguiente parámetros: presión intraocular (PIO), medicación hipotensora pre y post-intervención, características de la ampolla de filtración, complicaciones postoperatorias y necesidad de manejo adicional en visitas a los 3, 6, 9, 12 y 18 meses.

Resultados: La presión intraocular (PIO) basal media de los pacientes incluidos fue de $24,3 \pm 10,5$ mmHg con 3,2 fármacos. Tras la cirugía, se observó una reducción significativa y sostenida de la PIO a lo largo del seguimiento. A los 3 meses, la PIO media fue de $12,1 \pm 3,9$ mmHg, disminuyendo a $11,3 \pm 3,9$ mmHg a los 6 meses. Esta tendencia continuó con una PIO de $11,2 \pm 4,0$ mmHg a los 9 meses, $11,0 \pm 3,8$ mmHg a los 12 meses y $10,9 \pm 3,7$ mmHg a los 18 meses con una media de 0,55 fármacos, lo que muestra una reducción total de la PIO del 55,1% respecto a los valores basales. En cuanto al manejo posterior, 11 ojos (39,3%) requirieron goniopunción. Además, se registraron 4 ojos (14,3%) que necesitaron needling. Asimismo, se documentó un caso de quiste de Tenon que fue resuelto mediante revisión quirúrgica de la ampolla. No se encontraron rechazos o complicaciones secundarias a la matriz de colágeno.

Conclusiones: El implante DuraGen® es eficaz y seguro como adyuvante en la EPNP, permitiendo la formación adecuada de la ampolla de filtración. Son necesarios estudios prospectivos con mayor número de pacientes y seguimiento prolongado para confirmar estos hallazgos.

10:08 h **C35 Seguridad y tolerancia de la matriz de colágeno biodegradable DuraGen® como adyuvante en cirugía filtrante: estudio piloto a un año**

Dres.: Júlia Boldú Roig; José Manuel Navero Rodríguez, Alfonso Antón López
Institut Català de la Retina. Barcelona

Objetivos: Estudiar la seguridad y tolerancia de la matriz de colágeno DuraGen® en cirugía filtrante con mitomicina.

Material y Métodos: Estudio piloto prospectivo para evaluar la seguridad y tolerancia del implante Duragen® en cirugía filtrante de glaucoma. Se incluyeron pacientes con glaucoma que requerían cirugía por presión intraocular (PIO) superior a objetivo, progresión demostrada en campo visual, mala tolerancia al tratamiento o necesidad de cirugía de catarata desde agosto de 2023 mediante trabeculectomía, esclerectomía profunda no perforante o implante Preseflo® (Santen). Se utilizó la matriz de colágeno Duragen® (Integra). Se registró la tolerancia (hipotonía, atalamia, maculopatía, desprendimientos coroideos, dehiscencia de sutura, extrusión del implante y disestesias), la eficacia (PIO y número de fármacos hipotensores) y las manipulaciones postoperatorias (masajes, lisis o liberación de suturas, goniopunción, needling y reintervenciones) al mes, 2 meses, 3 meses, 6 meses y 1 año.

Resultados: Se incluyeron 47 ojos de 42 pacientes con un seguimiento máximo de 12 meses, un defecto medio de $-11,72 \pm 8,63$ y un espesor medio de la capa de fibras de $6,43 \pm 15,23$ micras. La PIO basal ($21,29 \pm 6,16$ mmHg) disminuyó significativamente a las 24 h ($14,74 \pm 7,79$ mmHg), al mes ($13,85 \pm 5,61$ mmHg), a los 6 meses ($10,40 \pm 2,93$ mmHg) y al año ($12,28 \pm 3,81$ mmHg) (todas $p \leq 0,001$). Los fármacos hipotensores se redujeron de $3,29 \pm 0,676$ a $0,06 \pm 0,359$ ($p \leq 0,001$). Hubo 4 casos de hipotonía transitoria (3 con desprendimiento coroideo, 2 resueltos espontáneamente y 1 con drenaje quirúrgico), 1 caso de atalamia grado 2 reintervenido, 1 de dehiscencia de sutura, 1 disestesia de ampolla y 2 casos con necesidad de needling.

Conclusiones: La matriz de colágeno de Duragen® parece ofrecer una buena seguridad y eficacia en la cirugía filtrante de glaucoma a un año en esta primera serie de casos. Es necesario un mayor número de casos y seguimiento para su evaluación precisa.

10:12 h **C36 Empleo de DuraGen® como modulador de la cicatrización en reintervenciones de cirugías de glaucoma**

Dres.: María Eugenia Arruza Santos, María Teresa Merino Díez, Carmen Soria Prada, Laura Díez Álvarez, Laia Jaumandreu Urquijo, Ana Díaz Montealegre, Francisco José Muñoz Negrete

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Objetivo : Analizar los resultados de la reintervención in situ de cirugías de glaucoma no funcionantes utilizando DuraGen® como modulador de la cicatrización.

Material y métodos : Estudio observacional retrospectivo que incluyó todas las reintervenciones in situ de cirugías de glaucoma no funcionantes en las que se empleó DuraGen® subconjuntival en nuestro centro.

Resultados : Se incluyeron 25 pacientes (12 esclerectomías profundas no perforantes, 10 implantes Preserflo®, 2 implantes Xen63® y 1 trabeculectomía). La edad media fue de 67,12 años. La causa más frecuente de fracaso de la cirugía previa fue la fibrosis de la ampolla (60%), seguido de quiste de tenon (16%), rotura de la membrana trabeculodescémica (12%) y otras causas (12%). El seguimiento medio fue de 11,08 meses. La presión intraocular (PIO) media antes de la cirugía fue de 27,12 mmHg con un promedio de 1,68 fármacos hipotensores. La PIO media a la semana fue 10,83 mmHg, al mes 15,30 mmHg, a los 6 meses 13,94 mmHg y al año 13,60 mmHg. Un total de nueve pacientes requirieron reintroducir tratamiento hipotensor tras la intervención, con una media de 0,60 fármacos al final del seguimiento. Seis pacientes sufrieron algún tipo de complicación (2 desprendimientos coroideos, 1 hipema, 1 quiste de tenon, 1 incarceration de iris y 1 sinequia posterior), requiriendo tratamiento quirúrgico en un caso (conversión a trabeculectomía por incarceration iridiana).

Conclusiones : La fibrosis de la ampolla es la causa más frecuente de fracaso de la cirugía filtrante. Clásicamente se han empleado antimetabolitos como la mitomicina C o el 5 fluoruracilo para minimizar el riesgo de cicatrización. El DuraGen®, una matriz de colágeno biodegradable de origen bovino, se plantea como una opción adecuada y segura que intervendría en la modulación de la cicatrización en las cirugías de glaucoma dependientes de ampolla. Se requieren estudios prospectivos con mayor número de pacientes para demostrar su eficacia a largo plazo.

10:16 h **C37 ¿Es eficaz y seguro el tratamiento con Ciclofotodestrucción Transescleral con Láser Diodo Micropulsado en el glaucoma complejo?**

Dres.: Arturo Santos Torres, Marta Mora González, Pablo Monreal, Ana Isabel Ramos Castrillo, Julia Murillo, Begoña Pastor
Hospital Universitario La Paz. Madrid

Objetivo : Analizar la respuesta y seguridad del tratamiento con ciclofotodestrucción con láser diodo transescleral micropulsado (mTSCPC) en pacientes con glaucoma complejo.

Material y métodos : Estudio retrospectivo de un grupo de 44 ojos que fueron tratados con mTSCPC. Se recogió información con respecto al tipo de glaucoma, así como presión intraocular (PIO), número de fármacos tópicos y medicación oral con inhibidores de la anhidrasa carbónica tanto en el preoperatorio como en los diferentes periodos de seguimiento (a las 24 horas, 1 mes, 3 meses y 6 meses). Los resultados se presentaron como porcentaje de disminución de la PIO y del número de fármacos. También se analizaron complicaciones derivadas del procedimiento.

Resultados :De los 44 ojos, un 34,09% eran glaucomas primarios y un 65,91% eran glaucomas secundarios. La PIO promedio preoperatoria fue de 33,56 mmHg, con una media de 2,6 fármacos tópicos y un 31,1% de los ojos con tratamiento oral con inhibidores de la anhidrasa carbónica. El tiempo medio de seguimiento fue de 7,1 meses. Se observó un descenso de la PIO del 37,16%, 35,55%, 38,97%, 34,45%, 42,25% a las 24h, 1 mes, 3 meses, 6 meses y 1 año respectivamente, con una reducción significativa en el número de fármacos tópicos. Como complicaciones, observamos un caso de cierre angular, tres de uveítis anterior leve y dos hiposfagmas.

Conclusiones : En el plazo de seguimiento de 6 meses, se observó un descenso del 34,45% en la PIO y del 20,38% en el uso de fármacos tópicos, con una tasa de éxito del 48,15% de los ojos, definida como una reducción de la PIO < 21 mmHg y > 20% del valor basal. Aunque necesitamos resultados a más largo plazo y ampliar nuestra población a estudio, los resultados preliminares muestran que la mTSCPC es una alternativa segura, repetible y eficaz en el manejo quirúrgico del glaucoma refractario a tratamientos convencionales.

10:20 h **C38 Complicaciones que amenazan la visión en la cirugía de dispositivos de drenaje para glaucoma**

Dres.: José Luis Torres Peña, Marta Montero Rodríguez, Esperanza Guitérrez Díaz, María Dolores Lago Llinás
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Objetivos: Describir la frecuencia de complicaciones que amenazan la visión tras más de 20 años de implantes de drenaje para glaucoma (DDG).

Material y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, unicéntrico llevado a cabo en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. Se estudiaron todos los pacientes sometidos a cirugía de

DDG entre los años 1996 y 2022. Se analizaron las variables que pueden amenazar la visión, tales como la hipotonía persistente, la erosión conjuntival por el tubo, la infección, la pérdida de visión y la hemorragia supracoroidea, las cuales se agruparon en la variable: «complicaciones que amenazan la visión».

Resultados: Estudiamos 285 cirugías de implante de DDG, de las cuales 159 (55,7%) fueron de dispositivos valvulados y 126 (44,2%) fueron de flujo libre. Encontramos una frecuencia de complicaciones acumulada de 15 pacientes (9,4%) para los dispositivos valvulados y de 24 pacientes (19,0%) para los dispositivos de flujo libre. Al analizar específicamente las cirugías durante la curva de aprendizaje (entre 1996 y 2000), observamos que la frecuencia en los dispositivos valvulados fue del 12,5%, y, por el contrario, en los dispositivos de flujo libre ascendió hasta el 32% en este periodo. Tras el periodo de aprendizaje, la frecuencia acumulada para los dispositivos valvulados fue del 8,8% y para los no valvulados del 15,3% ($p=0,002$).

Conclusiones: Los eventos que amenazan la visión son complicaciones graves que pueden presentarse en las cirugías de implante de DDG. Los datos aportados destacan la importancia de la curva de aprendizaje, especialmente en el manejo de los mecanismos de restricción y de protección del tubo en los dispositivos no valvulados, lo cual podría estar detrás de la diferencia encontrada.

10:24-10:30 h **DISCUSIÓN**

COMUNICACIONES EN PANEL

Viernes, 7 de marzo

11:00 a 11:30 h DISCUSIÓN DE POSTERS DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO MEDICO I

Discutidores: Dr. Andrés Fernández-Vega Cueto, Dr. Carlos Lázaro García

Paneles: 1 al 13

Pantalla 1

P1.- Comparación de los valores obtenidos del espesor corneal central tras medirlo con 3 dispositivos distintos

Dres.: Gema Ferrús Segarra, Raquel Gutiérrez Ezquerro, Carolina Medina Martín, Ferran Alarcón Correcher, José I. Belda Sanchis

Hospital Universitario de Torrevieja. Alicante

Objetivo: Comparar la precisión de 3 dispositivos diferentes, usados para medir el espesor corneal central en un mismo paciente.

Material y Métodos: Se trata de un estudio transversal en el cual se ha analizado el espesor corneal central (CCT) de 100 ojos en 50 pacientes sanos. Para ello, se han utilizado tres aparatos distintos: el paquímetro de ultrasonido, la OCT de segmento anterior, siendo el CASIA 2 de la casa AJL el que disponemos en nuestro servicio y finalmente el autorrefractómetro de Topcon TRK-2P.

Resultados: Actualmente seguimos reclutando pacientes por lo que únicamente tenemos unos resultados preliminares. Debido al escaso tamaño muestral que disponemos hasta la fecha, no podemos sacar conclusiones estadísticamente significativas por lo que debemos analizar más pacientes para poder hablar de resultados definitivos.

Conclusiones: Este estudio podría ayudarnos a decidir mediante qué aparato vamos a medir el espesor corneal central para la toma de decisiones. Además, aunque hasta ahora el gold estándar para la medición del espesor corneal es el paquímetro de ultrasonido, con las incorporaciones de nuevas tecnologías, podría ser sustituido por otros medidores, ya que el uso del paquímetro de ultrasonido presenta algunos inconvenientes como: la incomodidad del paciente, el uso de colirio anestésico, la dependencia del observador y las variaciones que puede presentar según la colocación de la sonda.

P2.- Sinergismo entre DHA y Netarsudil. A propósito de un caso

Dres.: Claudia Hernández-Barahona Monleón, Diego Fernández Velasco, Blanca Ferrández Arenas, María Pilar Bambó Rubio, Susana Pérez Oliván, Noemi Güerri Monclus

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Objetivo: Se presenta el caso de un varón de 61 años con diagnóstico de glaucoma normotensivo (NT) en ambos ojos (AO), seguido durante 48 meses (4 años) en nuestro centro, con progresión a pesar de tratamiento hipotensor y presión intraocular (PIO), a priori, controlada.

Material y métodos: En tratamiento con Bimatoprost, Dorzolamida, Timolol y suplementación con 500mg/día de Citicolina. En la exploración destaca una agudeza visual (AV) de 1 en AO, apertura del ángulo en gonioscopia grado IV, PIO 14 y 15 mmHg en ojo derecho (OD) y ojo izquierdo (OI), respectivamente, fundoscopia del OD E/D 0,3 con una mínima muesca en temporal inferior (TI), OI E/D 0,8 con muesca en TI y hemorragia papilar en TI. Campos visuales (CV) de OD: defecto central con progresión en hemicampo superior y de OI: defecto central que progresa, con OCT de CFNR AO: Patológico en TI.

Resultados: Se decide suplementar con ácido docosahexaenoico (DHA), y en la revisión a los tres meses impresiona de un CV estabilizado por primera vez en cuatro años. Se decide cambiar el Bimatoprost por Netarsudil-Latanoprost y en la revisión 4 meses después, los defectos de CV parecen estables e incluso rectificadas en el OI con VFI estabilizados.

Discusión: El tratamiento con Citicolina, DHA, y Netarsudil (inhibidor de la rho quinasa) mejoró la tasa de progresión de nuestro paciente lo que podría sugerir una posible sinergia entre los fármacos. La combinación de DHA y Citicolina oral mejora parámetros campimétricos y enlentece su tasa de progresión tras 3 meses de tratamiento. Planteamos además, una posible sinergia entre DHA y Netarsudil actuando a nivel de la malla trabecular, mejorando la funcionalidad de la misma e interviniendo en el pronóstico de la enfermedad.

P3.- Determinación de las principales características de una ampolla de filtración funcionante: estudio comparativo y prospectivo de las cirugías de trabeculectomía y XEN45 mediante OCT del segmento anterior y microscopía confocal in vivo

Dres.: Inés Bourleau, Nestor Ventura-Abreu, Blanca Molins, José Guerra-Meniconi, M^a. Jesús Muniesa, Elena Milla, Marta Pazos

Hospital Clínic de Barcelona - Sede Maternidad. Barcelona

Objetivos: Nuestro objetivo es analizar las principales características de la ampolla de filtración en cirugías exitosas, medidas mediante tomografía de coherencia óptica del segmento anterior (AS-OCT) y microscopía confocal in vivo (IVCM).

Material y métodos: Estudio prospectivo, no aleatorizado, en pacientes adultos con glaucoma de ángulo abierto sometidos a trabeculectomía (n=15) o implantación de XGS (n=24). Se recogen datos demográficos e información sobre la presión intraocular (PIO), medicación y campos visuales automatizados estándar, tanto en el período preoperatorio como durante el seguimiento de 6 meses. El éxito se define como una PIO postoperatoria inferior a 21, 18 o 15 mmHg para los casos leves, moderados, y graves, respectivamente. Las medidas obtenidas mediante AS OCT incluyen la morfología de la ampolla, el grosor de la pared de la ampolla (BWT), el grosor epitelial (BET) y el área de estructuras quísticas subepiteliales en la pared de la ampolla (BSCSA), evaluadas en las visitas de los meses 1, 3 y 6. Además, en las visitas de los meses 3 y 6 se realiza IVCM para medir las células calciformes y las estructuras microquísticas.

Resultados: La PIO disminuye significativamente de 18,7(3,9) a 13,1(2,6) mmHg en el grupo de trabeculectomía ($p < 0,05$) y de 19,8(2,8) a 16,1(5,5) mmHg en el grupo de XGS ($p < 0,05$). Las morfologías predominantes en AS-OCT en cirugías exitosas son: a) separación subconjuntival con múltiples espacios en las capas superficiales y b) ampollas con múltiples capas internas (capas profundas y superficiales). El primer tipo asocia valores más altos de BWT, BET y BSCSA, lo que se correlaciona con mayor densidad y área de células calciformes medidas por IVCM.

Conclusiones: En nuestro grupo, la morfología de la ampolla medida por AS-OCT es el mejor indicador de éxito quirúrgico. Los cambios epiteliales detectados por AS-OCT e IVCM no permiten identificar el éxito de un tipo de ampolla sobre otro.

P4.- Desafíos en el manejo multidisciplinario de retinopatías y glaucoma: a propósito de un caso

Dres.: Vicente Diago Muñoz, M.ª Jesús Quiroz Quiroga, Cristina Blasco Suñe, Romina Muñiz Vidal, Nuria Mendieta Rasos, Alba Parrado Carrillo, Laura S. Barbosa Luz, Joao P. Correia Fernandez, Aida Mirabel Fernandez, Esther Puig Lao, Anna M.ª Baldaquí Baeza, Jordi Herranz Martin
Hospital del Mar: Centro Esperanza. Barcelona

Paciente varón de 62 años con retinopatía diabética no proliferativa severa y edema macular AO, tratado con panfotocoagulación láser e IIV periódicas de anti-VEGF (ranibizumab). En los últimos 2 años, también recibió IIV de dexametasona y acetónido de fluocinolona. Fue derivado al departamento de glaucoma por hipertensión ocular y tratado con timolol-dorzolamida y bimatoprost en OI. En la evaluación inicial: AV: OD 0,8 / OI 0,1; PIO: 10 AO, papilas pálidas y excavación 0,4. La OCT de NO mostró defecto vertical en AO (64 μ m) y el CV, defecto concéntrico en AO (VFI 81% y 70%). Se decidió conducta expectante y se cambió a nuevo anti-VEGF para ahorrar corticoides. Un mes después de IIV con Aflibercept, el OI redujo de forma súbita la AV a percepción de luz y la PIO aumentó a 50 mmHg sin sintomatología. La OCT mostraba resolución del edema macular. Se añadió acetazolamida oral y se derivó preferente al servicio de glaucoma, observándose excavación papilar terminal en OI y descenso marcado en el CV (VFI 11%). Se programó ciclofotocoagulación para independencia de acetazolamida. En el seguimiento, el OD continuó con anti-VEGF por persistencia del edema macular. Este también presentó pico de PIO a 50 mmHg, llevando a controles conjuntos entre retina y glaucoma. Actualmente, el OD se mantiene con defecto concéntrico estable en CV y PIO controlada. El OI está en estadio terminal de glaucoma, manejado con los antiglaucomatosos originales. En septiembre de 2024, tras 6 meses de estabilidad, el paciente fue dado de alta del servicio de glaucoma a atención primaria, manteniendo los controles hospitalarios con retina.

Desde su introducción, los anti-VEGF han generado interés por sus efectos en la PIO, destacando la importancia de la colaboración entre los departamentos de retina y glaucoma. Los controles con tonómetros portátiles, pruebas como OCT y CV, medidas profilácticas y derivaciones oportunas, son claves para un manejo integral y prevención de eventos adversos.

P5.- Estudio de la densidad vascular mediante OCTA en pacientes operados de glaucoma mediante cirugía filtrante

Dres.: Elena Pardina Claver, Juan Ibáñez Alperete, M.ª Isabel Pinilla Lozano, Juana Martínez Morales, Itziar Pérez Navarro, Diana Cardesa Villanueva, Mónica Elvira Domínguez
Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza

El glaucoma de ángulo abierto es una enfermedad ocular progresiva que conduce a la pérdida irreversible de la visión. Aunque la presión intraocular elevada es un factor de riesgo principal, las alteraciones del flujo vascular y su regulación también se piensa que juega un papel importante. La angiografía mediante tomografía de coherencia óptica (OCTA) permite evaluar la vascularización ocular de forma no invasiva.

Objetivos: Evaluar los cambios en los parámetros de OCTA (densidad vascular macular y peripapilar) en pacientes con glaucoma de ángulo abierto sometidos a cirugía filtrante durante los primeros 6 meses postoperatorios.

Material y Métodos: Estudio prospectivo no randomizado de 40 ojos. Se evalúa la densidad vascular en los distintos cuadrantes de la rejilla ETDRS en mácula y en papila obtenidos con el módulo OCTA Tritón SS-OCT (Topcon Corporation) pre y post operatoriamente a los 6 meses.

Resultados: Se observa un aumento significativo en la densidad vascular a los 6 meses de la cirugía.

Conclusiones: La cirugía filtrante induce cambios en la vascularización retiniana, evaluables mediante OCTA. Estos cambios podrían tener implicaciones en la evolución de la enfermedad. Estudios futuros con mayor tamaño muestral y seguimiento a largo plazo permitirán determinar el valor pronóstico de estos hallazgos.

P6.- Glaucoma uveítico en la infancia: manejo clínico y quirúrgico

Dras.: Celia Ruiz Arranz, M^a Dolores Lago Llinás

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Caso clínico: Varón de 7 años con cuadro de uveítis aguda bilateral discretamente hipertensiva, con buena respuesta inicial tratamiento corticoideo (GCC) e hipotensor tópico pero con recurrencias que impiden su retirada. Estudio sistémico negativo para autoinmunidad, factor reumatoide positivo. Sin otra clínica sistémica acompañante. No respuesta a ciclo de aciclovir oral, se decide inicio de inmunosupresión sistémica con Metotrexate, y ante falta de respuesta, adalimumab. Alterna periodos de remisión y actividad, y al año del debut llega a tener una uveítis crónica con presiones intraoculares (PIOs) de 40 mm Hg a pesar de tratamiento médico máximo (tópico y oral). Precisa cirugía con implante de válvula de Ahmed pediátrica para control tensional. A pesar de ello, inflamación activa que no permite retirada de GCC ni hipotensores tópicos (Brimonidina/Timolol), manteniendo PIOs de 20-22 mm Hg. El análisis estructural del nervio óptico es normal. En este punto al mes de la cirugía, aparecen precipitados retroqueráticos difusos poco llamativos. Se realiza paracentesis y vaciado de ampolla con inyección de 5-FU en quirófano.

Resultado humor acuoso positivo para citomegalovirus, viremia negativa. Se procede a retirar la inmunosupresión e inicia Valganciclovir oral 3 meses y ganciclovir tópico 2% x4 v/día 9 meses. Actualmente tenemos seguimiento a 12 meses, estable, sin inflamación y PIOs en 10 mm Hg sin tratamiento. Como complicación presenta catarata subcapsular posterior con AVL sc 0.1, pendiente de cirugía.

Discusión: Los ojos de niños con uveítis tienen mayor predisposición a desarrollar glaucoma, con mayores incidencias en el síndrome de Posner-Schlossman, artritis idiopática juvenil e infecciones herpéticas. El glaucoma uveítico es de etiología multifactorial, de difícil manejo, requiriendo en muchos casos cirugía para su control.

P7.- Glaucoma bilateral secundario a hipertensión venosa episcleral idiopática: desafíos en el diagnóstico y tratamiento

Dras.: Pablo Monreal Lodeiros, Lucía Ibáñez Mendoza, Paula Spang Valencia, Ana Ramos Castrillo, Julia Murillo Doria, Rosa Langa Hontoria, Begoña Pastor Nieto

Hospital Universitario La Paz. Madrid

Objetivo: Estudiar el caso clínico de una mujer de 39 años diagnosticada con glaucoma bilateral secundario a hipertensión venosa episcleral idiopática (HVEI) o síndrome de Radius-Maumenee, con énfasis en la complejidad diagnóstica y terapéutica.

Material y Métodos: Se presenta una paciente de 39 años sin antecedentes médicos relevantes, que acudió a urgencias por fotopsias, con una agudeza visual (AV) de 1/1, presiones intraoculares (PIO) basales de 28 mmHg en AO, hipervascularización episcleral en cabeza de medusa, papilas pálidas con excavación de 0.7/0.8 y hemorragias retinianas en OI. Se orientó como trombosis venosa de OI y se inició tratamiento con timolol en AO. A lo largo del seguimiento, mediante angioTAC se descartaron causas secundarias de hipertensión venosa episcleral y se diagnosticó como HVEI con una AV de 0.66/0.33, PIO de 32/34 mmHg a pesar de triple terapia tópica, adelgazamiento de la capa de fibras nerviosas de la retina en la OCT y un defecto campimétrico glaucomatoso avanzado en AO. Ante hipertensión ocular refractaria a terapia médica y sistémica máxima se realizó trabeculectomía en AO.

Resultados: Tras la cirugía, la PIO del OD se controló sin medicación durante 2 años. El OI desarrolló una maculopatía hipotónica con PIO en torno a 6 mmHg. Actualmente, las PIO se mantienen estables, 17 mmHg en OD con triple terapia y 7 mmHg en OI con dexametasona, sin progresión funcional ni estructural.

Conclusiones: La HVEI es una causa infrecuente de glaucoma de ángulo abierto por trabecular refractario al tratamiento médico en el adulto joven. Supone un reto diagnóstico, basado en el diagnóstico de exclusión de patologías que causan aumento de la presión venosa episcleral (fístula carótido-cavernosa, orbito patías inflamatorias y tiroides, tumores orbitarios, síndrome de la vena cava superior o síndrome de Sturge Weber, entre otros). La cirugía filtrante es el tratamiento más empleado, con un elevado riesgo de efusión uveal asociado.

P8.- Glaucoma secundario a Sturge-Weber. A propósito de un caso

Dras.: Irene Platas Moreno, María Pilar Drake Rodríguez-Casanova, María Luisa Bas Casas
Hospital Universitario de Getafe. Madrid

Objetivos: Describir la patogenia y el tratamiento del glaucoma en el síndrome de Sturge-Weber (SW) a propósito de un caso.

Material y métodos: Mujer caucásica de 35 años con SW desde el nacimiento. En la resonancia magnética se observaron angiomas occipitales, del plexo coroideo del ventrículo lateral y de la órbita izquierda además de angiomiolipoma renal izquierdo. A nivel facial presentaba el característico angioma, también llamado Mancha en vino de Oporto, en la 1ª, 2ª y 3ª rama del trigémino izquierdo. Presentó glaucoma del ojo izquierdo desde el nacimiento que derivó en goniotomía y trabeculectomía sin éxito.

Resultados: Actualmente presenta amaurosis del OI con exotropía y aunque la presión intraocular no está controlada no es doloroso. En la biomicroscopía se observan vasos episclerales prominentes con una catarata blanca que impide la visualización del polo posterior. En la ecografía no se observan masas, pero en la RM se aprecia una lesión hiperintensa en secuencia potenciada en T1 que realza tras la administración de contraste sugiriendo angioma coroideo. El ojo derecho es normal.

Conclusiones: El SW o angiomatosis encéfalo-trigeminal es una fascitis que cursa con angiomas en piel, ojo y encéfalo. Es una enfermedad rara, con una incidencia de 1/50 000 recién nacidos. No es hereditaria. El tipo 1, el más frecuente, es el que afecta a los 3 órganos. Entre el 30 y 70% padecen glaucoma. El glaucoma en niños, el más común, suele deberse a una disgenesia del ángulo camerular. En adultos puede aparecer también glaucoma debido a un aumento de presión episcleral. Ambos tipos responden mal a la cirugía: la goniotomía no es efectiva en el infantil y la cirugía filtrante puede

provocar desprendimientos coroides masivos en adultos. Hoy en día las válvulas son tratamientos de elección. Es importante el seguimiento de estos pacientes en consultas de glaucoma, no solo en edad pediátrica si no también cuando son adultos debido a su patogenia bimodal.

P9.- Glaucoma secundario a uveítis anterior de repetición por CMV

Dres.: Esperanza Cosano Palma, María Portillo Martínez, Antonio Moruno Rodríguez, Sergio Del Valle Buzón
Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: Analizar el manejo del glaucoma secundario asociado a uveítis anterior recidivante por citomegalovirus (CMV) en un paciente inmunocompetente, destacando la importancia del diagnóstico etiológico y las estrategias terapéuticas para el control de la presión intraocular y la prevención de recidivas.

Material y Métodos: Se presenta el caso de un varón inmunocompetente de 55 años con glaucoma secundario asociado a uveítis anterior hipertensiva recurrente en el ojo izquierdo. Los hallazgos incluyeron hipertensión ocular persistente, neovasos iridianos, precipitados retroqueráticos, opacidad subcapsular posterior y bajo contaje endotelial (997 células frente a 2570 en el ojo contralateral). La PCR de humor acuoso confirmó infección por CMV. El tratamiento inicial consistió en antivirales (Valganciclovir oral 900 mg cada 12 horas), corticoides tópicos y sistémicos, y múltiples hipotensores. Ante la hipertensión refractaria, se implantó una válvula de Ahmed para el control de la presión intraocular.

Resultados: El inicio de Valganciclovir oral mejoró significativamente el cuadro inflamatorio, pero el paciente desarrolló neovasos iridianos con cifras elevadas de presión intraocular, requiriendo la implantación de una válvula de Ahmed. Tras la intervención, la presión intraocular se estabilizó con el uso de hipotensores tópicos. A largo plazo, se mantuvo tratamiento profiláctico con Valganciclovir oral (450 mg) para prevenir recidivas.

Conclusiones: El manejo del glaucoma secundario asociado a causas inflamatorias crónicas/recurrentes como la uveítis por CMV representa un desafío diagnóstico y terapéutico, especialmente en casos refractarios al tratamiento médico, pudiendo precisar la asociación de tratamiento quirúrgico y médico a largo plazo. Además, el tratamiento antiviral específico, como Valganciclovir en régimen de mantenimiento, es esencial para controlar la infección y reducir el riesgo de recurrencias, protegiendo la función visual a largo plazo.

P10.- Glaucoma uveítico secundario a tumor vasoproliferativo retiniano en un ojo amblíope

Dres.: Juana Martínez Morales, Carla Sánchez Remacha, Cristina Calvo Simón, Luca Manuel Bueno Borghi, Elena Pardina Claver, Itziar Pérez Navarro, Raquel Herrero Latorre, Melisa Mogollón Daza, Juan Ibáñez Alperte
Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza

Objetivos: Analizar un caso clínico de Glaucoma uveítico secundario a tumor vasoproliferativo retiniano en un ojo amblíope.

Material y Métodos: Mujer de 55 años que acudió a Urgencias por ojo rojo doloroso de aparición aguda. Como antecedentes refería ser un ojo amblíope. A la exploración presentaba hiperemia conjuntival, edema corneal marcado estromal y epitelial con bullas, precipitados retroqueráticos gruesos,

cámara anterior estrecha, iris bombé, miosis con seclusión pupilar, Tyndall no valorable por el estado corneal, ojo fáquico. La agudeza visual era de cuenta dedos a 30 cm. y la PIO de 55 mmHg. La motilidad extrínseca no presentaba alteraciones. Por el contrario, no existía motilidad ocular intrínseca debido a las sinequias rígido cristaliniánas 360°, por lo que no era posible la fundoscopia. Se aplicó tratamiento hipotensor ocular tópico (Atropina + Fenilefrina + Apraclonidina + Dorzolamida, Timolol + Brimonidina + Prednisolona), oral (Acetazolamida), intravenoso (Manitol 20%) e iridotomías láser tras la mejoría del estado corneal. La ecografía ocular en modo B reveló una tumoración excrecente en cámara vítrea con desprendimiento de retina exudativo asociado.

Resultados: Con estudio de extensión sin hallazgos patológicos, se derivó a la paciente al centro externo de referencia en tumores intraoculares, donde se diagnosticó de tumor vasoproliferativo retiniano, sin tratamiento etiológico posible. Actualmente, la paciente no presenta dolor, sigue tratamiento hipotensor y corticoideo con controles en sección de Glaucoma y Uveítis, donde se comprueba la estabilidad en el tamaño tumoral con ecografías seriadas.

Conclusiones: A pesar de PIO no optimizada con tratamiento tópico, se ve inviable la cirugía combinada de catarata + válvula de derivación por la seclusión pupilar, la respuesta inflamatoria y no existe un pronóstico visual. Se valora la opción de enucleación si aparece dolor ocular en un futuro.

P11.- Anulada por el autor

P12.- Efectividad y seguridad del colirio de desonida al 0.025% para el tratamiento de síntomas de superficie ocular en pacientes con glaucoma

Dres.: Javier García-Bardera, Álvaro Ponce-de-León-Miguel, Haizea Etxabe-Ávila, Patricia Robles-Amor, Laura Morales-Fernández, José María Martínez de la Casa, Julián García-Feijoo

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Propósito :Estudiar la efectividad y seguridad del colirio de fosfato sódico de desonida al 0.025% y goma xantana al 0.2% para el tratamiento de síntomas de superficie ocular en pacientes con glaucoma.

Método: Ensayo antes-después sobre 32 ojos de 16 pacientes con síntomas de ojo seco reclutados en una consulta monográfica de glaucoma de un hospital terciario. En la consulta basal se realizó una cuantificación de la sintomatología de superficie mediante el cuestionario Ocular Surface Disease Index (OSDI), un control de presión intraocular (PIO) y se objetiva el enrojecimiento ocular y el tiempo de ruptura lagrimal no invasivo (NIKBUT) en Keratograph 5M (K5M). Se pautó un tratamiento con el colirio a estudio con una posología cada 8 horas durante 2 semanas y cada 12 horas durante otras dos semanas. Se realizó una segunda visita a las 4 semanas, repitiendo las mismas exploraciones que en la visita basal.

Resultados :26 ojos completaron el protocolo de estudio. El OSDI presentó una mejoría significativa con una reducción media de -23,33 16,16 puntos ($p < 0,001$). También se encontró una mejoría significativa del enrojecimiento conjuntival en todos los cuadrantes, pasando de un enrojecimiento vulvar medio de 1,77 0,54 a 1,37 0,47 a las 4 semanas ($p < 0,001$). El tiempo de ruptura lagrimal mejoró, aunque no de forma significativa. Finalmente, respecto a la PIO no se observó un aumento de la misma ($p=0,372$). Ningún paciente presentó criterios de respuesta hipertensiva a los corticoides.

Conclusiones: El tratamiento con desonida 0.025% combinado con goma xantana al 0.2% reduce los síntomas de superficie ocular y enrojecimiento vulvar sin elevar la presión intraocular, por lo que parece ser una opción terapéutica efectiva y segura en pacientes con glaucoma.

P13.- Neuroprotección con Citicolina y CoQ10 en un modelo experimental de hipertensión ocular

Dres.: Juanjo J. Salazar, José A. Matamoros, José A. Fernández-Albarral, Elena Salobar-García, Inés López-Cuenca, Lorena Elvira-Hurtado, Rosa de Hoz, Ana I. Ramírez, José M. Ramírez
Instituto de Investigaciones Oftalmológicas Ramón Castroviejo. Madrid

Objetivo: analizar el efecto neuroprotector de la combinación de Citicolina y Coenzima Q10 (CoQ10) en un modelo experimental de hipertensión ocular (HTO).

Material y métodos: se utilizaron ratones albinos machos: control vehículo (Veh) (n=6), control Citicolina + CoQ10 (CitQ10) (n=5), láser vehículo (LG+Veh) (n=6) y láser Citicolina + CoQ10 (LG+CitQ10) (n=6). CitQ10 y LG+CitQ10 recibieron diariamente una gelatina con la combinación, Veh y LG+ Veh gelatina neutra 15 días antes y 7 días después de la inducción. La HTO se indujo por fotocoagulación de las venas limbares y episclerales en los ojos izquierdos. La medida de la presión intraocular (PIO) se realizó previa a la inducción y a 1,2,3,5 y 7 días post-láser. Se analizaron los ojos HTO y sus contralaterales en montajes planos de retina con: 1) Anti-Brn3a para cuantificar el número de células ganglionares retinianas (CGR). 2) Anti-melanopsin para cuantificar el número de células ganglionares intrínsecamente fotosensibles (CGRif).

Resultados: A las 24h post-inducción se observó un aumento de la PIO en los ojos HTO en LG+Veh y LG+CitQ10, aunque significativamente menor en el ojo HTO del LG+CitQ10 respecto al no tratado. La PIO continuó elevada a los 2 y 3 días con valores estadísticamente significativos respecto a sus controles y contralaterales y adquiriendo valores normales a partir del día 5 y 7 en los ojos HTO en ambos grupos. A los 7 días, se observó una pérdida significativa de CGR Brn3a+ en los ojos HTO del LG+Veh respecto al Veh, a su contralateral y al ojo HTO del LG+CitQ10, donde no hubo pérdida de CGR Brn3a+. No hubo pérdida de CGRif melanopsin+ en ninguno de los grupos estudiados.

Conclusión: Las CGRif son más resistentes al daño, en tiempos tempranos, por el incremento de la PIO. La combinación de Citicolina y CoQ10, ejerce un efecto hipotensor en un tiempo temprano y evita la muerte de CGR, pudiendo ser una opción terapéutica en el glaucoma. Financiación Proyecto Artículo 83 UCM-Visufarma (415878)

11:00 a 11:30 h DISCUSIÓN DE POSTERS DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO MEDICO II

Discutidores: Dra. Elena Vecino, Dr. Juan A. Miralles de Imperial Ollero

Paneles: 14 al 23

Pantalla 2

P14.- Hallazgo incidental de macroadenoma hipofisario en paciente con glaucoma crónico de ángulo abierto: el campo visual como herramienta de diagnóstico diferencial

Dres.: Miguel Ángel de Torres Jiménez, Rodolfo Álvarez León, Raúl Martínez Castillo
Hospital Universitario Jerez de la Frontera. Cádiz

Objetivos: Presentar un caso de macroadenoma hipofisario con afectación campimétrica en un paciente con trombosis retinianas bilaterales.

Material y métodos: Paciente de 80 años con antecedentes de trombosis venosa retiniana bilateral y diagnóstico de glaucoma de ángulo abierto, en tratamiento con prostaglandinas y betabloqueantes por 4 años. Durante el seguimiento, presentó una cuadrantanopsia superior temporal en ambos ojos que cruzaba la línea media inferior, sin progresión aparente en tres años. Ante la atipicidad del defecto campimétrico para glaucoma, se solicitó una resonancia magnética cerebral para descartar una causa neurológica.

Resultados: La resonancia magnética mostró un macroadenoma hipofisario de 23x19 mm con compresión del quiasma óptico, explicando el defecto campimétrico. Aunque el hallazgo sugería la necesidad de tratamiento, el paciente rechazó la opción quirúrgica y permanece en seguimiento por endocrinología y neurocirugía. El defecto en el campo visual no ha mostrado progresión en las visitas de control, por lo que se continúa monitoreando la evolución del tumor y su impacto visual.

Conclusiones: Este caso destaca la importancia de la campimetría como herramienta en el diagnóstico diferencial del glaucoma y lesiones neurológicas. La cuadrantanopsia superior temporal que rebasaba la línea media inferior es atípica para el glaucoma, cuyo patrón suele respetar la línea media horizontal. Esta presentación inusual sugirió la posibilidad de patología neurológica subyacente, lo cual llevó al diagnóstico de un macroadenoma hipofisario no funcionante. La coexistencia de trombosis retiniana y macroadenoma complejiza el diagnóstico y manejo, exigiendo un enfoque multidisciplinario entre oftalmología, endocrinología y neurocirugía. La negativa del paciente a cirugía requiere un seguimiento estrecho para evaluar la evolución tumoral y prevenir posibles complicaciones.

P15.- Hipertensión intraocular aguda tras cistotomía de quiste iridiano con láser Nd: YAG. Reporte de un caso

*Dres.: Alicia Cárceles Montoya, Carlos Enrique Monera Lucas, Pere Climent Soler,
Alfredo Marchena Rojas*

Hospital General Universitario de Elche. Alicante

Objetivo: Reportar por medio de imagen y tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (OCT-SA) el manejo de un quiste iridiano secundario a trauma corneal penetrante, tratado con láser Nd:YAG con posterior elevación de la presión intraocular (PIO).

Material y métodos: Varón de 55 años con antecedente de traumatismo corneal penetrante que presentaba disminución de su agudeza visual en el ojo derecho (OD) 20/40, con buena agudeza visual en su ojo izquierdo (OI) (20/20). Se observó una lesión redondeada de paredes finas y lisas con contenido hipo reflectante en cámara anterior, en contacto con el endotelio corneal. Dado el tamaño del quiste iridiano y la corectopia pupilar con afectación del eje visual, se decidió realizar cistotomía con láser Nd:YAG (5mJ a 1064 nm). Tras la cistectomía se pudo apreciar un pseudohipopion en cámara anterior, edema corneal, incremento de presión intraocular (PIO) hasta 70 mm Hg, junto con disminución de la agudeza visual y dolor en OD a las 24 horas tras el procedimiento. Se administró manitol intravenoso, triamcinolona acetónida subtenoniana y acetazolamida vía oral, además de tratamiento tópico con dexametasona, brimonidina y timolol, con disminución de las cifras de PIO a 25 mm Hg a las 24 horas.

Resultados: Una semana tras el cuadro de hipertensión ocular aguda y su tratamiento, el paciente presentaba una agudeza visual en el OD 20/20, cifras de PIO de 14 mm Hg, mejoría de la morfología pupilar y colapso de las paredes del quiste.

Conclusiones: La realización de cistotomía con láser Nd:YAG junto con la liberación del contenido del quiste a la cámara anterior puede ocasionar un incremento agudo de la PIO que debe manejarse de

acuerdo a las cifras de PIO alcanzadas. Tras el procedimiento el paciente mostró una recuperación visual satisfactoria (20/20), así como mejoría de la morfología pupilar y resolución del quiste iridiano, con cifras de PIO estables sin necesidad de tratamiento hipotensor adicional durante el seguimiento.

P16.- Hipertensión ocular aguda refractaria a tratamiento tras capsulotomía

Dres.: Miguel Ángel de Torres Jiménez, Raúl Martínez Castillo, Rodolfo Álvarez León, Elvira Gomez del Amor

Hospital Universitario Jerez de la Frontera. Cádiz

Introducción: La opacidad de la cápsula posterior (OCP) es la complicación más frecuente de la cirugía de catarata. Conlleva una disminución de la agudeza visual (AV) por lo que su eliminación con láser YAG es el tratamiento estándar. No está exento de complicaciones, entre ellas se destaca la hipertensión ocular (HTO), el desprendimiento de retina, edema quístico macular (EQM), entre otras, de carácter transitorio y reversible.

Objetivos: Presentar una complicación tras realizar una capsulotomía en un paciente sin glaucoma previo.

Material y métodos: Paciente de 76 años operado de catarata en ojo derecho hace 2 años sin complicaciones con anestesia tópica y sin antecedentes de glaucoma. Tras la realización de una capsulotomía con láser YAG con potencia de 2.0 MJT, presenta al día siguiente persistencia de OCP junto con una presión ocular (PIO) de 52 mmHg refractaria a 500mg de edemox y brimonidina tópica.

Resultados: El paciente presentaba edema corneal y en la gonioscopia ángulo abierto. Cedió tras la administración de 1.5mg/kg manitol al 20% IV con PIO posterior de 22 mmHg. Se retiró los corticoides tópicos y se pautó edemox cada 12 horas con inhibidores de la anhidrasa carbónica, beta bloqueantes y alfa agonistas tópicos durante 2 semanas con estabilización de la PIO y desescalada progresiva sin aumento de PIO. Se cito para completar capsulotomía y descartar posibles secuelas en polo posterior o nervio óptico con tomografía de coherencia óptica al día siguiente y al mes de evolución.

Conclusiones: La HTO transitoria tras capsulotomía con láser YAG es la complicación más frecuente (en torno al 60%). Es muy poco común que adquiera cifras por encima de 30 mmHg. Se podría sospechar que fuese un paciente cortico respondedor vs glaucoma facolítico dada la PIO, acrecentado tras la capsulotomía. La cantidad de energía utilizada puede tener relación. No obstante, la recuperación fue pronta y la HTO se normaliza al mes sin repercusión en la AV del paciente.

P17.- Papel de la angiografía macular por tomografía de coherencia óptica (OCTA) en el seguimiento del glaucoma asociado al síndrome de Sturge-Weber

Dres.: Javier García-Bardera, Álvaro Ponce-de-Leon-Miguel, Fiorella Katherine Cuba-Sulluchuco, Clara Fernández-Sáez, Carmen Dora Méndez-Hernández

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Propósito: Evaluar la utilidad de la angiografía macular por tomografía de coherencia óptica (OCTA) como herramienta en el seguimiento del glaucoma en pacientes con síndrome de Sturge-Weber (SWS), caracterizado por malformaciones vasculares que dificultan el drenaje del humor acuoso debido a presión venosa elevada en el plexo episcleral.

Método: Se presenta el caso de una paciente con glaucoma unilateral asociado a SWS, comparando los índices de flujo en ambos ojos mediante OCTA macular y revisando la bibliografía disponible.

Resultados: Mujer de 23 años diagnosticada de SWS con síndrome de Dyke-Davidoff-Mason (DDM) y glaucoma unilateral en el ojo izquierdo (OI) desde 2006, siendo el ojo derecho (OD) sano. Fue derivada en 2012 para cirugía y tratada con dos goniotomías y trabeculectomía. En julio de 2024, tras un aumento de la angiomatosis capilar facial izquierda, presentó hipertrofia facial e intracraneal. En 2024, bajo tratamiento con bimatoprost, timolol y brinzolamida en el OI, presentó una agudeza visual de 0.5, presión intraocular (PIO) de 17 mmHg, papila excavada y pálida. El campo visual (CV) fue poco valorable por déficit cognitivo asociado a DDM. La OCT mostró adelgazamiento con efecto suelo en el OI desde años atrás. La OCTA reveló una densidad de perfusión macular del 45.3% y densidad vascular de 18.1 mm/mm² en el OI, frente a 37.2% y 15.1 mm/mm² en el OD, indicando progresión del glaucoma.

Conclusiones: La OCTA macular es una herramienta útil para valorar el riesgo de progresión del glaucoma en SWS. Ofrece una evaluación objetiva y menos dependiente de la colaboración del paciente que el CV, proporcionando información vascular clave para el seguimiento de estos casos.

P18.- Queratopatía cristalina secundaria a glaucoma corticoideo por migración de implante lluvien a cámara anterior

Dres.: Elena Arias García, Marc Bautista Cortiella, Gonzalo Roig Ferreruela, Álvaro Cabezas Vicente, José Vicente Piá Ludeña, Aitor Lanzagorta Aresti

Fundación de Oftalmología Médica de la Comunidad Valenciana (FOM). Valencia

Objetivos: Describir el caso de una queratopatía en el contexto de un glaucoma corticoideo secundario a la migración de un implante de lluvien a cámara anterior en el contexto del manejo de un edema macular quístico refractario.

Material y métodos: Caso clínico. Se presenta una paciente con edema macular refractario al tratamiento convencional al que se le implanta un lluvien. Tras la migración del implante a cámara anterior, la paciente desarrolló un glaucoma corticoideo refractario a tratamiento convencional. Para el manejo de este, se implantó un dispositivo Paul. La paciente desarrolló posteriormente una queratopatía cristalina.

Resultados: El implante Paul permitió el control efectivo de la PIO elevada inducida por el lluvien migrado, logrando estabilizar la presión intraocular de la paciente. Sin embargo, está desarrollando una queratopatía cristalina secundaria, atribuida al efecto inmunosupresor local inducida por la presencia prolongada del lluvien en la cámara anterior ya la descompensación corneal relacionada con la exposición prolongada de los tejidos corneales al corticoide

Conclusiones: La queratopatía cristalina observada en este caso se atribuye a la inmunosupresión local y a la descompensación corneal inducida por el implante de corticoides lluvien, que migró a la cámara anterior. Este caso es particularmente relevante, ya que la queratopatía cristalina es una complicación rara fuera del contexto de un trasplante corneal, donde es más común debido a la necesidad de inmunosupresión prolongada.

P19.- Retinosquiasis peripapilar. Características de una serie de casos

Dres.: Raquel Cebrián Sanz, Ana Ibáñez Muñoz, Naroa Fernández Vázquez, Andrés Valencia Megias, Paloma Fuentes Íñigo, Hernán Alejandro Sáez Martínez

Hospital San Pedro. La Rioja

Mostrar las características clínicas y tomográficas de una serie de 5 casos de retinosquiasis peripapilar (RSPP) en pacientes con glaucoma. Todos los pacientes se sometieron a un examen oftalmológico

completo, donde se evaluó máxima agudeza visual corregida, presión intraocular con tonometría de aplanación Goldmann, biomicroscopía con lámpara hendidura y examen de la cabeza del nervio óptico. Además de espesor corneal central medido con paquimetría ultrasónica, retinografía de campo amplio, perimetría automatizada SITA 24-2 y OCT de dominio espectral (SD-OCT). El examen de SD-OCT, evaluó el área macular, área circumpapilar de la CFNR en su examen basal y en cada una de las visitas de seguimiento, evaluando el estado de la esquisis (progresión, estabilidad o resolución), y/o presencia de tracción vitreomacular (TVM) o vítreo papilar. Todos los pacientes cursaron con afectación unilateral, y en ninguno de ellos se detectó imagen de cavidad en el nervio óptico. El diagnóstico primario fue de glaucoma primario de ángulo abierto avanzado en 4 pacientes y de glaucoma normotensivo avanzado en uno de ellos, siendo la media total de seguimiento de la serie de 16 meses. 3 de los pacientes presentaron asociada TVM, de los cuales uno permaneció asintomático durante el seguimiento, y los otros 2 acusaron disminución de AV. De ellos, uno fue sometido a cirugía vitreoretiniana, presentando resolución parcial del cuadro. Ninguno de los pacientes sufrió resolución espontánea completa. La RSPP es una disrupción de las capas de la retina neurosensorial con acúmulo de fluido intrarretiniano en el área adyacente a la cabeza del nervio óptico y puede estar presente en pacientes con glaucoma. Ésta puede sobreestimar el grosor de CFNR, y su resolución puede ser malinterpretada como una progresión rápida estructural. El mejor abordaje terapéutico es la observación estrecha, siempre que el paciente no presente disminución visual y que la TVM no cumpla criterios quirúrgicos.

P20.- Síndrome ICE: la cara y la cruz

Dras.: Esther Jiménez Morcuende, Belén Fernández Carrillo, Maite García Coiradas, Margarita Zamorano Aleixandre, Marta Caparrós Osorio, Isabel Saavedra Seijo
Hospital de Guadalajara. Guadalajara

Objetivos: El síndrome iridocorneal endotelial (ICE) es un grupo de patologías oculares que aunque son poco frecuentes despiertan interés por su etiología desconocida y la dificultad del manejo terapéutico. Las tres variantes del ICE son: atrofia progresiva de iris, el Síndrome de Chandler y el Síndrome de Cogan Reese.

Material y Métodos Aportamos dos casos clínicos de síndrome ICE : El primer caso se trata de un varón de 45 años de edad con visión borrosa en su ojo derecho (OD) la agudeza visual (AV) (0,3), presentaba un edema corneal por el que inicialmente fue diagnosticado de una endotelitis herpética y manejado con corticoides tópicos. El segundo caso es una mujer de 41 años con ambliopía severa desde la infancia por una anomalía no diagnosticada del segmento anterior AV OD: Cuenta dedos (CD) 2M.

Resultados En el primer caso realizamos una punción de humor acuoso (HA), que salió negativa para herpes virus. Durante las revisiones el paciente mantenía cifras tensionales en torno a 30 mmhg, que no mejoraban con el tratamiento hipotensor. Gonioscopia solo abierta en la zona nasal. Paquimetría gruesa 601. Por todo ello nuestro paciente fue diagnosticado de SICE (Chandler) y se le realizó una esclerectomía profunda no perforante (EPNP). Actualmente el paciente mantiene una AV en su OD de 0.8 y cifras tensionales en torno a 16 mmhg. Nuestro segundo caso la paciente presenta sinequias iridocorneales 360° en la gonioscopia y pigmento en cristalino, fue diagnosticada de SICE (Cogan Reese) sin edema corneal ni hipertensión ocular (HTIO).

Conclusiones El tratamiento del síndrome ICE suele ser quirúrgico, es necesario la combinación de procedimientos corneales y de glaucoma de forma sucesiva por él por el alto porcentaje de fracaso.

La goniotomía podría ser una buena opción para abrir la membrana pretrabecular que cubre el ángulo. Los implantes de drenaje presentan una mayor tasa de éxito, frente a la cirugía filtrante, en estos pacientes.

P21.- Síndrome papilorrrenal: nueva mutación genética

Dras.: Sofía González Ballesteros, Silvia Iglesias Cerrato, Blanca Fatela Cantillo, Andrea Bernal González, Inés Iglesias Cabrero

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

Introducción: El síndrome papilar renal es una condición autosómica dominante causada por una mutación en el gen PAX2. Este síndrome se caracteriza por una disgenesia vascular hereditaria que afecta principalmente la circulación ocular y renal. Las manifestaciones clínicas suelen incluir anomalías en el nervio óptico, como el coloboma, y disfunciones renales de diversos tipos.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente varón de 52 años que acude a consultas por tensión ocular (TO) límite. Entre los antecedentes médicos destaca la presencia de un trasplante renal, realizado debido a una insuficiencia renal crónica secundaria a una glomerulonefritis de etiología desconocida. Durante la exploración ocular, se observa un nistagmo horizonte-rotatorio, así como una disminución en la agudeza visual en ambos ojos. En el fondo de ojo se observan cambios en el epitelio pigmentario en la región macular y un coloboma bilateral del nervio óptico, que se extiende hacia la retina y la coroides.

Las pruebas complementarias realizadas no fueron concluyentes, por lo que se decidió iniciar tratamiento con monoterapia de un análogo de prostaglandinas para el control de la TO a largo plazo. Debido a los antecedentes renales del paciente, se optó por realizar un estudio genético con el fin de confirmar la sospecha diagnóstica de síndrome papilar renal. El análisis genético reveló una mutación nueva en el gen PAX2: c 91C (p. Arg31Gly) en heterocigosis, lo que confirmó el diagnóstico de este síndrome.

Conclusiones: El coloboma del nervio óptico puede presentarse de forma esporádica o estar asociado con una herencia autosómica dominante, como en el caso del síndrome papilorrrenal. Si bien los criterios diagnósticos no están completamente definidos, el estudio genético resulta ser una herramienta clave, dado que aproximadamente el 50% de los pacientes presentan mutaciones en el gen PAX2. En este caso, se ha identificado una nueva mutación previamente no descrita.

P22.- Glaucoma y arteritis de células gigantes.: Coalescencia en 3 pacientes

Dras.: Silvia Carolina García Gago, Irene Platas Moreno, María Luisa Bas Casas, M.ª del Pilar Drake Rodríguez-Casanova

Hospital Universitario de Getafe. Madrid

Casos clínicos Caso 1: Varón de 82 años en seguimiento desde 2011 por glaucoma crónico simple (GCS). En 2015 fue diagnosticado de arteritis de células gigantes (ACG), con biopsia de arteria temporal (BAT) izquierda positiva, tras episodio de amaurosis fugaz, tratada con Prednisona 60 mg. Actualmente presenta agudeza visual (AV) de 0.5 en ojo derecho (OD) y 0.4 en ojo izquierdo (OI), retracción concéntrica del campo visual (CV), presión intraocular (PIO) controlada con Azarga® y Xalatan® y excavación papilar de 1 en ambos ojos (AO).

Caso 2: Mujer de 79 años con glaucoma pseudoexfoliativo de AO desde 2004. Se diagnosticó de ACG del OD en 2023 con BAT positiva. Actualmente mantiene Prednisona 5mg y AV de 0.8 AO. El CV presenta reducción de la sensibilidad, la tomografía de coherencia óptica (OCT) del OD adelgazamiento del sector inferior y la PIO está controlada tras esclerectomía profunda no perforante en OD y Roclanda® en OI.

Caso 3: Mujer de 76 años en seguimiento por GCS en AO desde 2011. Diagnosticada de ACG en 2020 confirmada con BAT izquierda y tratada con Prednisona 60 mg. Actualmente la PIO está controlada con Cusimolol®, la AV es 0.8, la OCT muestra adelgazamiento superior y el CV defecto arciforme superior.

Discusión: Tanto el glaucoma como la ACG son patologías que afectan al nervio óptico causando, por mecanismos distintos, una neuropatía óptica. El daño glaucomatoso provoca una pérdida de fibras nerviosas debido sobre todo a PIO elevada, mientras que la ACG compromete el flujo sanguíneo ocular por inflamación arterial. Además, el uso de corticosteroides (CE) a altas dosis como tratamiento de la ACG puede provocar aumento de la PIO hasta en un tercio de los pacientes, agravando el glaucoma preexistente. La coalescencia de ambas patologías junto al uso prolongado de CE nos hace pensar en un pronóstico visual nefasto. La preservación de la AV en nuestros pacientes podría deberse a un tratamiento rápido con CE, así como al control adecuado de la PIO

P23.- Lo que el glaucoma no te deja ver

Dres.: José Enrique Muñoz de Escalona Rojas, Pablo Navarro Martínez, José Antonio Vilchez González, Roció Mora Romero

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada

Paciente 67 años de edad en seguimiento en consultas de glaucoma por un glaucoma crónico de ángulo cerrado, la paciente precisó tratamiento con iridotomías profilácticas y terapia combinada tópica con bimatoprost y timolol. Las presiones intraoculares se mantenían en cifras en torno a unos 16 mmHg y en el fondo de ojo destacaban unas excavaciones papilares amplias en torno 0.8 (AO). En la última visita, la paciente refería una disminución de la agudeza visual en ambos ojos (AV OD: 6/5 AV OI: 2/15), más marcada en el ojo izquierdo. Además, presentaba una discreta progresión en el análisis de tendencias, objetivándose una hemianopsia en ojo derecho y una isla de visión central en el ojo izquierdo.

Debido a la falta de respeto campimétrico en la línea media del campo visual del ojo derecho, la falta de correlación estructura función y la caída de la agudeza visual percibida y objetivada. Se remite al servicio de urgencias, para valorar despistaje de afectación central y estudio neurológico.

Se realizan pruebas de imagen, diagnosticándose de un aneurisma gigante de 28 mm de diámetro en el segmento supraclinoideo de la arteria carótida interna izquierda, que precisó de tratamiento por parte de neurorradiología intervencionista con embolización aneurismática y divisor de flujo de la arteria carótida interna intracraneal.

El territorio más afectado por estas lesiones aneurismáticas es la región anterior del polígono de Willis, en estrecha relación con las vías visuales. Los aneurismas localizados en la región supraclinoidea pueden ser causantes de una pérdida progresiva de agudeza visual.

La pérdida de visión inexplicada, la progresión perimétrica en pacientes con un patrones campimétricos no sugerentes de la patología de seguimiento o la no correlación estructura-función, debe ponernos en alerta de la coexistencia de otras enfermedades neurológicas subyacentes graves que requieran de un diagnóstico y un tratamiento precoz.

11:00 a 11:30 h DISCUSIÓN DE POSTERS CIRUGÍA I

Discutidores: Dr. Cosme Lavín Dapena, Dr. Jorge Sánchez Molina

Paneles: 24 al 37

Pantalla 3

P24.- Blebitis de inicio temprano por Staphylococcus capitis tras la implantación de PRESERFLO MicroShunt: Caso clínico

Dres.: Bachar Kudsieh, Elena Almazán-Alonso, Sofía Bryan Rodríguez, Marina Fernández Jiménez, Lucía Gutiérrez Martín

Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid

Resultados: Mujer de 73 años, con diagnóstico previo de glaucoma de ángulo abierto secundario a síndrome pseudoexfoliativo en el ojo derecho e implante de PRESERFLO® MicroShunt con aplicación de mitomicina C tópica 0,2%. Acude al servicio de urgencias tres meses tras la cirugía con dolor ocular y pérdida de agudeza visual. En la exploración se evidenció hiperemia conjuntival intensa y una ampolla de filtración de aspecto blanquecino, así como tinción conjuntival positiva con fluoresceína y signo de Seidel, produciendo hipotonía ocular. La paciente presentaba además reacción inflamatoria en la cámara anterior, sin hipopion, y condensaciones vítreas localizadas en la ecografía.

El manejo incluye tratamiento con antibióticos tópicos, desbridamiento del tejido necrótico y extracción del implante PRESERFLO® MicroShunt. Los cultivos conjuntivales y del implante fueron positivos para Staphylococcus capitis, confirmando el diagnóstico de blebitis infecciosa. Tras la intervención, la presión ocular y la función visual se normalizaron.

Conclusiones: La blebitis infecciosa es una complicación rara pero posible tras la implantación del PRESERFLO® Micro Shunt con mitomicina C. La retirada del dispositivo es crucial para evitar la propagación de la infección hacia la cámara anterior.

P25.- Hipertensión ocular tras goniopunción, ¿cómo es posible?

Dres.: María Sánchez Juárez, Jorge Duque García, Sonia Durán Poveda, Blanca Sandoval Cortés

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Caso clínico : Mujer de 60 años, con antecedentes de esclerectomía profunda no perforante (EPNP) en 2021 ojo derecho (OD) y gonio punción (GP) en OD en 2023, sin tratamiento médico actualmente. Acude al servicio de urgencias (SU) por cefalea hemiraneal derecha con visión de halos en OD. A la exploración, presenta una agudeza visual de 1.0 en AO, una biomicroscopía (BMC) con leve hiperemia conjuntival, ampolla manifiesta, córnea clara con edema microquístico perilimbar inferior, buena cámara anterior, no células, mínima corectopia hacia superior y faoesclerosis en OD. Presenta presión intraocular (PIO) con tonómetro de aplanación >50mmHg en OD.

Tras control de PIO en SU, acude a revisión a las 24 horas con valores de PIO de 34 mmHg en OD. Se realiza gonioscopia donde se evidencia incarceration del iris en la ventana trabéculo descenética (VTD) de la EPNP. Se plantea tratamiento conservador con 1 gota de pilocarpina cada 12 horas y fármacos antiglaucomatosos, que la paciente no tolera.

A las 48 horas presenta una PIO de 20 mmHg en OD. Se plantea liberación de incarceration del iris en quirófano, ya que la paciente es fáquica, por lo que se descarta iridoplastia con láser Argón. A los 10 días, se realiza la liberación del iris encarcerado de la VTD bajo anestesia general sin incidencias. En las sucesivas revisiones, la paciente presentaba una PIO en OD de entre 7 y 8 mmHg y en el examen gonioscópico se observa VTD íntegra sin incarceration; encontrándose asintomática.

Discusión: Dentro de las complicaciones de la GP, se encuentra la sinequia de iris con incarceration en la VTD. A pesar de que la EPNP es una cirugía con tasa de éxito alta, debemos vigilar PIO y BMC para detectar complicaciones tardías. Debemos sospechar incarceration de iris en VTD tras GP, ante un episodio de hipertensión ocular aguda inesperada que se confirma con la realización de la gonioscopia. La resolución del cuadro suele ser satisfactoria en cuanto al control de PIO.

P26.- Implante retropupilar de Preserflo Microshunt en una paciente con distrofia endotelial de Fuchs previo a queratoplastia endotelial

Dres.: Carlos Enrique Monera Lucas, Alicia Cárcelos Montoya, Rubén Toledano Martos, Claudia Tarazona Jaimes

Hospital General Universitario de Elche. Alicante

Objetivos : Describir la técnica secuencial realizada y el control tensional a un año del implante retropupilar de Preserflo, en una paciente con Distrofia Endotelial de Fuchs y Glaucoma Primario de Ángulo Abierto, con indicación de cirugía de glaucoma y queratoplastia endotelial.

Material y Método : Se realiza implante Preserflo retropupilar previa creación de ampolla superior mediante la técnica modificada, a 3 mm de limbo corneal, con el objetivo de facilitar la posterior queratoplastia endotelial. Resultados : Se obtiene un óptimo control tensional a un año mediante la técnica de cirugía mínimamente penetrante modificada.

Conclusiones : El implante retro pupilar de Preserflo Microshunt es una técnica válida y técnicamente sencilla que puede ser de elección en pacientes con patología corneal endotelial o que requieran cirugía del segmento anterior, con unos resultados óptimos en cuanto al control tensional.

P27.- Influencia de la Experiencia del cirujano en los resultados de cirugías de DDG

Dres.: José Luis Torres Peña, Marta Montero Rodríguez, Esperanza Gutiérrez Díaz, Beatriz de Lucas Viejo, María Dolores Lago, Llinás

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Objetivo: Describir si la experiencia del cirujano influye en los resultados de una cirugía de implante de dispositivos de drenaje para glaucoma (DDG).

Material y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. Se estudiaron los pacientes intervenidos de cirugía de DDG entre los años 1996 y 2000 (grupo 1: curva de aprendizaje) y entre 2000 y 2007 (grupo 2: con experiencia). Se clasificó como éxito completo: PIO entre 6 y 21 mmHg sin necesidad de tratamiento; éxito parcial o cualificado: PIO en el rango objetivo, pero requiriendo tratamiento; y fracaso: PIO inferior a 6 o superior a 21 mmHg con o sin tratamiento, o necesidad de una nueva cirugía.

Resultados: Estudiamos 103 cirugías de implante de DDG, de las cuales 48 (46,6%) fueron de dispositivos valvulados y 55 (53,3%) fueron de flujo libre. La tasa de éxito para el grupo 1 fue del 26,5% en

comparación con el grupo 2, que fue del 40,4% ($p=0,003$), mientras que para el éxito cualificado fue del 22,4% para el grupo 1 en comparación con el 22,2% del grupo 2 ($p=0,23$). Al estudiar por tipo de DDG, encontramos que los dispositivos valvulados presentaron, en el caso del grupo 1, una tasa de éxito del 23%, en comparación con el grupo 2, que fue del 48,1% ($p=0,01$). Para el éxito cualificado también encontramos una tasa de éxito del 23% en comparación con el 25,9% del grupo 2 ($p=0,34$). Para los dispositivos no valvulados, la tasa de éxito fue del 28,5% para el grupo 1 en comparación con el 33,3% para el grupo 2 ($p=0,02$). La tasa de éxito cualificado para el grupo 1 fue del 21,4% frente al 18,5% del grupo 2 ($p=0,21$).

Conclusiones: Nuestro trabajo corrobora que la curva de aprendizaje en este tipo de cirugía tiene mucha influencia en los resultados. Un cirujano experimentado puede tomar decisiones precisas durante la intervención y manejar de manera efectiva cualquier complicación que pueda surgir. Además, la experiencia ayuda a seleccionar el DDG adecuado para cada paciente.

P28.- Implante de de preserflo con matriz de duragen y mitomicina C 0.04% en el tratamiento del glaucoma secundario a uveítis bilateral

Dres.: Andrea Català Nadal, Vicente Tomas Pérez Torregrosa, Prudencia Rochina Pérez, Sergio Obiol Ferrando, Antonio Miguel Duch Samper, Julia Pérez Martínez
Hospital Clinic Universitari de València. Valencia

CASO CLÍNICO: Mujer de 37 años con episodios reiterados de iridociclitis acompañados de PIO de 40 mmHg. Presenta un glaucoma secundario bilateral con un pobre control a pesar de tratamiento máximo incluyendo acetazolamida por vía oral. En la exploración, la AV fue de 0.5 en ojo derecho y de 1 en ojo izquierdo. PIO de 32 en OD y de 30 en OI. La exploración con lámpara de hendidura presentaba una cámara amplia, cristalino transparente y el resto era normal, sin presencia de signos de inflamación activa. La gonioscopia nos mostró un ángulo cerrado, por sinequias periférica anteriores en ambos ojos. En el fondo de ojo a destacar unas papilas ópticas de morfología normal con una excavación asimétrica, de 0.5 en ojo derecho y de 0.3 en ojo izquierdo. La OCT objetivó un adelgazamiento temporal bilateral en las células ganglionares, siendo el resto de parámetros normales. En el contexto de elevación persistente de la PIO (32mmHg) a pesar de tratamiento antiglaucomatoso máximo se decide abordaje quirúrgico del OD. Se opta por cirugía filtrante con dispositivo Preserflo + Mitomicina 0.04% y se consigue un buen control de la PIO (8mmHg). Pasados 5 meses tras la intervención del OD se interviene el OI que presentaba PIO de 36 mmHg con tratamiento antiglaucomatoso máximo. En OI se asocia al implante del Preserflo matriz de Duragen para minimizar el riesgo de fibrosis de la ampolla. El resultado fue exitoso con una reducción de la PIO a 6mmHg. Tras 1 año de la intervención del OD y 6 meses del OI la paciente presenta un control óptimo de su glaucoma con cifras tensionales de 7 mmHg en ambos ojos, un campo visual sin alteraciones y unos parámetros en la OCT estables.

DISCUSIÓN: Presentamos un caso de implante de Preserflo + Mitomicina c al 0,04% en ambos ojos pero con matriz de Duragen solo en OI, asociando imágenes de OCT de segmento anterior en las que se aprecia la distinta evolución de las ampollas. La cirugía filtrante con Preserflo puede ser una alternativa a la trabeculectomía en el control del glaucoma de ángulo cerrado secundario a crisis de uveítis que presentan un escaso control a pesar del tratamiento médico. Se ha visto que constituye un abordaje menos agresivo y más predecible que la trabeculectomía. Además, asocia una menor tasa de necesidad de reintervención tras la cirugía inicial e hipotonías.

P29.- Iridociclitis estéril tardía en paciente post-trabeculectomía con implante Express. Presentación de caso clínico

Dres.: Miguel Ángel de Torres Jiménez, Rodolfo Álvarez León, Raúl Martínez Castillo
Hospital Universitario Jerez de la Frontera. Cádiz

Paciente de 77 años con antecedentes de trabeculectomía en ambos ojos, intervenida en el ojo izquierdo con implante express hace 10 años. Acudió a urgencias por dolor ocular y disminución de agudeza visual (AV). Se evidenció AV de movimiento de manos y se observó hipotonía ocular con una presión intraocular de 2 mmHg, tyndall 2+, presencia de una membrana iridociclítica y una ampolla plana quística sin contenido purulento ni sin signos de filtración en el test de Seidel.

Se pautó tratamiento tópico con prednisolona horaria, atropina y fenilefrina cada 8 horas, además de tobramicina y ceftazidima reforzadas cada 4 horas. Dada la hipotonía se pautó y la inflamación Prednisolona 30 mg 1 comprimido al día y Ciprofloxacino oral 500 mg cada 12 horas .

La paciente mostró una respuesta positiva al tratamiento con una mejoría progresiva. Durante el seguimiento, se observó una profundización de la cámara anterior, la desaparición de los pliegues corneales y una estabilización de la PIO entre 13 y 15 mmHg en las sucesivas revisiones. En términos de agudeza visual, la paciente mejoró hasta alcanzar 0.8 en el optotipo de Snellen.

La iridociclitis estéril en pacientes con antecedentes de cirugía filtrante presenta un desafío diagnóstico y terapéutico debido a la necesidad de diferenciar entre procesos inflamatorios estériles y posibles infecciones intraoculares. La ausencia de características infecciosas en este caso orientó hacia un tratamiento antiinflamatorio intensivo, que resultó en una mejoría significativa de la condición ocular de la paciente. La estabilización de la PIO y la recuperación de la agudeza visual indican una resolución efectiva del proceso inflamatorio. En casos donde no se observe mejoría, podría ser necesario considerar la realización de un recubrimiento conjuntival o la colocación de una membrana amniótica, particularmente en pacientes con conjuntiva frágil por intervenciones quirúrgicas previas.

P30.- Iridotomía YAG como alternativa a la recolocación quirúrgica de un implante Presserflo: Innovación en el manejo del glaucoma

Dres.: Alejandra Antón Guzmán de Lázaro, Inés Artola Canales, Eduardo Conesa Hernández
Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con glaucoma avanzado donde se evitó la colocación quirúrgica de un implante Presserflo mediante una iridotomía con láser Nd:YAG, destacando esta técnica como una alternativa efectiva, sencilla y con pocas complicaciones.

Material y métodos: Paciente que acudió a consultas por pérdida visual en el ojo izquierdo. La evaluación inicial incluyó AV, OCT y CV, evidenciando daño extenso, y PIO elevada de 34/44 mmHg. Se inició tratamiento con triple terapia y en la revisión presentó PIO de 17/36, por lo que se decidió programar cirugía combinada de catarata e implante Presserflo en el OI. En las 24 horas postoperatorias sin tratamiento médico la PIO del OI fue de 30 mmHg. No se objetivó punta de presserflo en CA, pero sí una marcada indentación iridiana por lo que se supuso colocación posterior. Se decidió iniciar tratamiento médico. A las 48 horas se observó descenso de PIO y se valoró programar cirugía para colocación de dispositivo. Sin embargo, debido a la marcada impronta iridiana se decidió intentar anteriorizar la punta del dispositivo realizando una iridotomía YAG en la misma, observándose la inmediata salida de la punta del presserflo a la cámara anterior.

Resultados: La iridotomía YAG permitió la inmediata anteriorización de la punta del Presserflo a la cámara anterior con normalización de la PIO. La posición del dispositivo fue corroborada mediante OCT de segmento anterior. Aunque no hubo mejoría en la agudeza visual debido al daño preexistente del nervio óptico, se logró evitar una segunda intervención quirúrgica con resultados clínicos satisfactorios.

Conclusiones: Este caso resalta cómo maniobras simples como la iridotomía YAG pueden ser herramientas efectivas en el manejo del glaucoma, reduciendo la necesidad de intervenciones quirúrgicas adicionales y mejorando la experiencia del paciente y el cirujano. La técnica representa una solución innovadora en casos seleccionados, con bajo riesgo y alta efectividad.

P31.- ¿Qué dispositivo de drenaje para glaucoma pediátrico es mejor?

Dres.: Konrad Schargel, Edward Schargel, Gorka Sesma, Ibrahim AlObaida, Ahmad AlShammari
King Khaled Eye Specialist Hospital, Universidad de Bonn, Kuwait Institute for Medical Specializations

Introducción: El glaucoma infantil es una causa importante de discapacidad visual, y su manejo quirúrgico representa un reto en la población pediátrica. Este estudio compara tres dispositivos de drenaje: la Válvula ADDI, el Implante Paul y la Válvula de Ahmed (AGV), evaluando su eficacia en el control de la presión intraocular (PIO), el uso de medicamentos y la estabilidad de resultados a lo largo de 24 meses.

Metodología Se incluyeron 74 ojos de 63 pacientes pediátricos sometidos a cirugía con uno de los tres dispositivos. Se registraron la PIO, el número de medicamentos utilizados y los intervalos de seguimiento a 1, 3, 6, 12, 18 y 24 meses. El análisis estadístico se realizó utilizando pruebas de Kruskal-Wallis y ANOVA para determinar las diferencias significativas entre los grupos.

Resultados PIO: La Válvula ADDI mostró el mejor control de PIO, con una mediana de 14 mmHg a los 6 meses y 17 mmHg a los 24 meses. AGV presentó una mediana de 16 mmHg a los 24 meses, mientras que Paul mostró mayor variabilidad en los resultados. Uso de Medicamentos: ADDI requirió menos medicamentos, con la mayoría de los pacientes usando uno o ninguno a los 24 meses. AGV y Paul presentaron mayor dependencia de medicamentos, especialmente en el seguimiento prolongado. Complicaciones: No se encontraron diferencias significativas en las complicaciones entre los tres dispositivos.

Conclusiones La Válvula ADDI es la opción más eficaz para el control del glaucoma infantil, con mejor estabilidad de la PIO y menor dependencia de medicamentos. AGV es también efectivo, pero con mayor necesidad de medicamentos, mientras que el Implante Paul muestra mayor variabilidad en los resultados. La elección del dispositivo debe basarse en las características individuales de cada paciente.

P32.- ¿Salvados por Roclanda? Manejo de una rotura de Descemet post facoemulsificación en paciente con Glaucoma por cierre angular

Dres.: Victoria Conejo Pariente, Elena Martín Giral, M.ª Dolores Carrascosa Ibáñez, Esteban Gómez Tarradas

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

Presentamos el caso de una mujer de 70 años con GCAP (Glaucoma por cierre angular primario) que tras facoemulsificación presenta una amplia rotura de la membrana de Descemet como complicación quirúrgica. Planteamos el manejo con un inhibidor de la Rho Kinasa (Roclanda) junto a un seguimiento

estrecho con SA OCT. Al final de la cirugía, se objetiva una rotura de la descemet amplia con pérdida completa de la misma alrededor de la incisión principal que llega prácticamente hasta el reborde pupilar. A las 24 horas, presenta edema corneal difuso con engrosamiento estromal en cuadrante nasal superior. La AV es 0,3 y la PIO es de 28 mmHg. Se inicia tratamiento con Tobramicina-dexametasona cada 3 horas, Cloruro de Sodio 50mg/ml cada 6 horas y colirio Netarsudil/Latanoprost a cada 24 horas. Desde entonces, realizamos un seguimiento estrecho con SA OCT, paquimetría y recuento endotelial para cuantificar el edema y detallar más la evolución de la queratopatía. A la semana, se aprecia una mejoría del edema que persiste en cuadrante nasal superior pero el resto de la córnea clara. La AV es de 0,9. A las dos semanas la AV: 1, ha desaparecido el edema y la PIO normal. Observamos una mejoría en la SA- OCT y en valores paquimétricos. Al mes de la cirugía, la paciente presenta AV: 1 sin corrección, no edema corneal y PIO 14. Vemos una línea de demarcación endotelial en el borde de la herida original. El recuento endotelial presenta mejoría, pero persiste menor que en el ojo adelfo. Actualmente, los inhibidores de la Rho-quinasa están tomando posición en el manejo del endotelio. Múltiples ensayos parecen prometedores tras la realización de una DSO (Descematorrexis stripping only) debido a su capacidad para aumentar la migración y proliferación de las células endoteliales corneales. Desconocemos si la evolución de la patología habría sido similar sin Roclanda pero en este caso, su uso nos ha ayudado a una temprana recuperación corneal y de la agudeza visual.

P33.- Bloqueo pupilar por gas SF₆ post vitrectomía pars plana. Diagnóstico, fisiopatogenia y manejo terapéutico

Dras.: Anna Puntí Badosa, Cristina Vendrell Gómez, Elena Russinyol Rodríguez, Catalina Esmerado Appiani, Julia Cañas-Martín

Hospital de Viladecans. Barcelona

Objetivo: Presentamos un caso poco frecuente de un ojo pseudofáquico con Glaucoma Agudo de Ángulo Cerrado(GAAC) secundario a sinequias anteriores iridianas después de una cirugía de Vitrectomía Pars Plana (VPP) de calibre 25 G y taponamiento de gas por un desprendimiento de retina.

Material /Métodos: Se trata de un paciente varón de 66 años de origen Hindú que posteriormente a una cirugía de catarata sin complicaciones acude por mala visión. A la exploración se observa un desprendimiento de retina. Se realiza VPP 25 G con perfluorocarbono más fotocoagulación láser del desgarro inferior más taponamiento con gas SF₆ 20% sin incidencias. Durante el seguimiento el paciente sufre una caída con fractura del húmero y fractura vertebral lumbar que le imposibilita el correcto posicionamiento boca abajo. A las tres semanas post VPP presenta una PIO de 48 mmHg con cámara anterior estrecha (Shaffer grado 0), iris bombé y Lente Intraocular (LIO) anteriorizada.

Resultados: Se realiza tratamiento médico con hipotensores oculares con imposibilidad de realizar iridotomía periférica con láser Yag por sinequias anteriores extensas 360°. Ante la no resolución del cuadro se procede a intervención quirúrgica realizándose una Irido-Zonulo-Tiroidectomía con comunicación anterior más sinequiolisi iridiana más retirada de membranas pupilares inflamatorias; al final de la intervención se inyecta urbason 40 mg subconjuntival.

Conclusiones: Este es un caso poco frecuente de GAAC secundario en un ojo pseudofáquico después de una VPP mínimamente invasiva y taponamiento con gas SF₆ por desprendimiento de retina. Suponemos como mecanismo causal de este glaucoma las sinequias anteriores y posteriores del iris o el bloqueo pupilar relativo debido al desplazamiento anterior de la LIO intracapsular por gas vítreo. Destacamos de este caso la poca frecuencia de un GAAC en un ojo pseudofáquico ya que generalmente tienen un riesgo bajo de bloqueo pupilar.

P34.- Cirugía de glaucoma en hospital de Valme en los últimos 10 años: MIGS, ¿El nuevo gold standard?

Dres.: Jesús María Hernández-Barahona Palma, José Antonio Azogue Espejo
Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Objetivos: La cirugía de glaucoma ha experimentado una revolución en los últimos años debido a la aparición de MIGS. Con el presente estudio buscamos la síntesis de la actividad quirúrgica en la unidad de glaucoma durante los últimos 10 años en el servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Virgen de Valme. Conocer el volumen de pacientes tratados, así como su distribución en función de la técnica empleada puede ayudarnos a optimizar el uso de los recursos empleados en esta área en nuestro servicio.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo de 1.288 intervenciones entre junio de 2.013 y mayo de 2.024. Se estudió la distribución de indicaciones quirúrgicas por años. Se compararon fundamentalmente cirugía tradicional y MIGS durante el período de estudio.

Resultados:

1.288 intervenciones: TBC – 320 (24.9%)-, EPNP – 129 (10%)-, Ahmed – 95 (7.3%)-, Paul – 4 (0.3%)-, EXPRESS – 320 (24.9%)-, XEN – 308 (23.9%)-, i-STENT – 81 (6.3%)-, PRESERFLO – 31 (2.4%)-. N° cirugías / año (junio-mayo): 2.013-2.014 – 63 (4.9%)-, 2.014-2.015 – 105 (8.2%)-, 2.015-2.016 – 103 (8%)-, 2.016-2.017 – 83 (6.4%)-, 2.017-2.018 – 93 (7.2%)-, 2.018-2.019 – 120 (9.3%)-, 2.019-2.020 – 105 (8.1%)-, 2.020-2.021 – 127 (9.9%)-, 2.021-2.022 – 148 (11.5%)-, 2.022-2.023 – 141 (11%)-, 2.023-2.024 – 200 (15.5%)-.

Distribución frecuencias cirugía tradicional Vs MIGS/año (gráfico de barras).

Conclusiones: El volumen de cirugía de glaucoma se ha incrementado en los últimos 10 años en nuestro centro en un 232% si comparamos los años 2.013-2.014 con los años 2.023-2.024, lo que pone de manifiesto un mayor abordaje quirúrgico de esta patología en la actualidad. Comprobamos una expansión de MIGS frente a cirugía tradicional. En los años 2.013-2.014 se realizaba MIGS en un 17% de los casos mientras que en el último año el 81% de la cirugía de glaucoma fue MIGS.

P35.- Control de la presión intraocular en un enfermo de osteogénesis imperfecta con adelgazamiento escleral severo mediante ciclotocoagulación transescleral con láser diodo micropulsado

Dres.: Clara Heredia Pastor, Patricia Robles Amor, Javier García Bardera, José María Martínez de la Casa
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivo: Reflejar la utilidad de la ciclotocoagulación transescleral con micropulso de láser diodo para controlar la presión intraocular en pacientes con enfermedades que debilitan la pared escleral.

Método: Descripción de un caso clínico

Resultado: La osteogénesis imperfecta es una enfermedad del tejido conectivo que afecta al colágeno. La manifestación ocular más común es la esclerótica azul o escleromalacia, debido a la delgadez del colágeno escleral que permite la transparencia de la coroides. También presenta cataratas, queratocono y glaucoma. La disminución del colágeno tipo I aumenta la resistencia en la malla trabecular y la vía uveoescleral, lo que eleva la presión intraocular (PIO) y el riesgo de glaucoma.

Caso clínico: Un paciente de 28 años con osteogénesis imperfecta presenta una PIO de 40 mmHg en el ojo derecho, a pesar de 750 mg de acetazolamida oral diarios y tratamiento tópico máximo. El ojo izquierdo fue eviscerado tras un traumatismo con estallido escleral. La agudeza visual en su único ojo es de 0.5, con defectos campimétricos arciformes y una excavación papilar de 0.8. La OCT muestra un espesor escleral de 200 micras, descartando cirugías que impliquen perforar la esclerótica. Se realiza ciclofotocoagulación transescleral con micropulso de láser diodo (2Ws, 80 seg por hemisferio), logrando una PIO de 22 mmHg tras la cirugía. Tres meses después, se repite el procedimiento, alcanzando una PIO de 14 mmHg al mes, con solo tratamiento tópico, sin necesidad de inhibidores de anhidrasa carbónica vía oral.

Conclusiones: En pacientes con enfermedades del tejido conectivo y adelgazamiento escleral, las cirugías de glaucoma con incisiones esclerales presentan alto riesgo de dehiscencia, lo que puede dificultar la sutura, causar filtración descontrolada del humor acuoso e incluso melting escleral. La ciclofotocoagulación transescleral con láser diodo es una alternativa segura para controlar la presión intraocular en estos pacientes.

P36.- Desprendimiento coroideo masivo bilateral tras cirugía filtrante de glaucoma. Fisiopatología, factores de riesgo y tratamiento. a propósito de un caso

Dres.: Anna Jiménez i Garcés, Alba Marin Ballesteros, Vito Domenico Mariella Fábrega, Lluís Soler Vila

Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. Barcelona

Objetivos: Repasar la fisiopatología, los factores de riesgo y el tratamiento del desprendimiento coroideo (DC) tras una cirugía filtrante de glaucoma.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 87 años con diagnóstico de glaucoma crónico de ángulo abierto en ambos ojos (AO) que se sometió al implante de un dispositivo Preserflo en el ojo derecho, dada la falta de respuesta al tratamiento tópico. En el postoperatorio presentó una hipotonía marcada y un desprendimiento coroideo masivo, que precisó de drenaje quirúrgico además de tratamiento corticoideo y ciclopléjico. Unos meses más tarde se realizó una cirugía combinada de catarata y trabeculectomía en el ojo izquierdo, también con un DC masivo posterior que requirió drenaje quirúrgico.

Resultados: El DC tras cirugía filtrante se produce por acumulación de fluido generalmente seroso en el espacio supracoroideo, y se debe principalmente a un estado de hipotonía postoperatoria. El Seidel positivo, una ampolla hiperfiltrante o la ciclodialísis son causas de hipotonía, por lo que son factores de riesgo de DC, como también lo son la inflamación ocular, la edad avanzada, presiones intraoculares previas elevadas... Respecto a su manejo, el tratamiento de inicio son fármacos como los corticoesteroides tópicos o sistémicos y el ciclopléjico tópico. Se requerirá un drenaje quirúrgico, por ejemplo, cuando exista riesgo de contacto entre paredes retinianas opuestas o cuando el DC no responda al tratamiento médico. La suma del tratamiento tópico y el drenaje quirúrgico en el paciente del caso han permitido una normalización de la presión intraocular, la desaparición del DC y una mejoría de la agudeza visual en AO.

Conclusiones: La hipotonía postoperatoria es el principal factor de riesgo de desprendimiento coroideo tras una cirugía filtrante de glaucoma. En casos leves puede ser suficiente el tratamiento médico, pero los casos graves requerirán un drenaje quirúrgico para su resolución.

P37.- Glaucoma de la infancia: 15 años de CSUR

Dres.: Rubén Sánchez Jean, Carmen Dora Méndez Hernández, Ainhoa Colina Jareño, M.ª Teresa Jiménez Cabello, Julián García Feijoo

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de los últimos 15 años del CSUR de Glaucoma de la infancia del Servicio de Oftalmología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para la realización de este trabajo se han analizado tanto los datos de actividad como los indicadores de resultados definidos por el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, tanto en la designación original del año 2009 como en su nueva designación en 2019.

RESULTADOS: En el Servicio de Oftalmología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid desde el año 2009 se han realizado a pacientes con Glaucoma de la infancia una media anual de 70,8 cirugías de glaucoma. Además, se han realizado una media anual de 63 exploraciones bajo anestesia general a pacientes procedentes de la Comunidad de Madrid y 107,6 a pacientes de otras comunidades autónomas. Solo ha habido un 2,5% de endoftalmitis y 6,4% de ojos con pérdida de visión total en los 15 años de seguimiento analizados.

CONCLUSIONES: Los CSUR y en concreto el Servicio de Oftalmología del Hospital Clínico San Carlos son necesarios puesto que dan cobertura a todo el territorio nacional, proporcionan atención en equipo multidisciplinar, garantizan la continuidad en la atención entre etapas de la vida del paciente (niño-adulto) y entre niveles asistenciales, evalúan los resultados y dan formación a otros profesionales.

Sábado, 8 de marzo

11:30 a 12:00 h DISCUSIÓN DE POSTERS CIRUGÍA II

Discutidores: Dr. José M. Larrosa Povés, Dra. Gema Bolívar de Miguel

Paneles: 38 al 49

PANTALLA 1

P38.- Desprendimiento coroideo masivo tras implante de XEN-63. ¿Aguantar o retirar?

Dres.: Victoria Conejo Pariente, Jaime Luis Almendral Gómez, Esteban Gómez Tarradas,
Lucía Saavedra Seijo

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

Objetivo: Evaluar las decisiones terapéuticas en un caso de glaucoma corticoideo secundario a implante de fluocinolona, complicado por desprendimientos coroideos persistentes tras la implantación de un dispositivo XEN-63, con énfasis en el momento adecuado para retirar el implante.

Métodos y material: Paciente varón de 64 años con glaucoma corticoideo secundario tratado con implante XEN-63. En el seguimiento, presentó hipotensión ocular (PIO 5-6 mmHg) y desprendimientos coroideos persistentes. El dispositivo estaba correctamente posicionado. Se inició tratamiento con prednisona (60 mg/día) y midriáticos. Tras un mes, y debido al empeoramiento de los desprendimientos, se decidió retirar el dispositivo por riesgo de «kissing». El paciente presentó luego una PIO de 40 mmHg, que no se controló con tratamiento hipotensor, lo que llevó a la realización de una esclerectomía profunda no perforante (EPNP) con el objetivo de lograr una filtración regulada.

Resultados: La retirada del XEN-63 normaliza inicialmente la PIO (12 mmHg) y resolvió los desprendimientos coroideos. Sin embargo, días después, la PIO aumentó a 40 mmHg, requiriendo EPNP, tras lo cual la PIO disminuyó a 9 mmHg, con formación de una nueva ampolla funcional y resolución completa de las complicaciones.

Conclusiones: El manejo de glaucoma corticoideo secundario con implante XEN-63 puede complicarse con desprendimientos coroideos persistentes, lo que representa un desafío terapéutico significativo. Este caso subraya la importancia de una monitorización estricta y decisiones quirúrgicas bien fundamentadas. La retirada del implante debe considerarse cuando las complicaciones no responden a tratamiento conservador. Además, plantea la pregunta sobre el impacto del tamaño del dispositivo (XEN-45) en la incidencia de hipotonía, recordándonos que las cirugías convencionales no deben ser olvidadas ante la revolución de los MIGS.

P39.- Desprendimiento Coroideo y XEN63: Factores de riesgo decisivos

Dres.: Juan Carlos Pinto-Bonilla, Araceli Alcaine Soler, Leire Olazarán Gamboa, Ana Jiménez Alonso
Hospital Universitario de Navarra. Navarra

Objetivos: El objetivo de este estudio es estimar la incidencia del desprendimiento coroideo (DC) tras el implante del dispositivo XEN63 gel stent y analizar los factores de riesgo asociados a la aparición de este evento adverso. **Material y Métodos:**

Revisión de historias clínicas correspondientes a 28 pacientes sometidos a implante de XEN63 gel stent entre febrero de 2023 y agosto de 2024 (18 meses) en la Unidad de Glaucoma del Hospital Universitario de Navarra. Se registraron y analizaron estadísticamente los factores oculares, demográficos y perioperatorios que pudieran estar relacionados con el desarrollo de DC.

Resultados: En nuestro estudio observacional, 28 pacientes fueron sometidos a implantes de XEN63, de los cuales 6 procedimientos (21,4%) presentaron desprendimiento coroideo (DC). El tiempo medio desde la colocación del implante hasta la detección del DC fue de $2,83 \pm 2,56$ días. En el momento del diagnóstico, la presión intraocular (PIO) media en los pacientes con DC se encontraba significativamente baja, con un valor de $2,33 \pm 1,51$ mmHg. El análisis de subgrupos mostró que el 57,14% de los pacientes con un equivalente esférico $\geq -6,0D$ desarrollaron un DC, sugiriendo una posible relación entre la miopía elevada y la incidencia de esta complicación. Además, la edad avanzada ($\geq 78,6$ años), la hipotensión ocular inmediata postoperatoria y el número de fármacos hipotensores previos al implante fueron identificados como factores de riesgo adicionales asociados con el desarrollo de DC en nuestros pacientes.

Conclusiones: El uso del implante XEN 63 puede estar asociado a complicaciones postoperatorias, siendo el desprendimiento coroideo una de las más preocupantes. Es fundamental identificar los factores de riesgo, como la edad, el control de la PIO postoperatoria, las características del segmento posterior o el número de hipotensores previos a la cirugía, para optimizar los resultados.

P40.- Dispositivos de drenaje en glaucoma, Ahmed y Paul. Resultados en Hospital de Basurto

Dras.: María Ángeles Castellanos Relloso, Lucía Barturen Herraiz, Sofía Mascareñas Pazos
Hospital de Basurto. Bilbao

Objetivo: Evaluar los resultados de las cirugías de implante de válvula de Ahmed y los primeros resultados con el implante Paul en el Hospital Universitario de Basurto.

Material y métodos: Se ha realizado un examen retrospectivo de los dispositivos de drenaje implantados desde 2019 hasta diciembre de 2024. Se ha analizado : tipo de implante, edad, sexo, técnica, diagnóstico, nº de cirugías previas, complicaciones, PIO previa y nº de fármacos previos , PIO y nº de fármacos postoperatorios al mes, a los 6 meses y al año.

Comentamos un caso de implante Paul con hipotonía persistente que tras dos intentos quirúrgicos con reposición de cámara y ligadura del tubo hubo que retirar el tubo de cámara anterior y colocarlo subconjuntival en el área de EPNP fallida previa, con buen resultado tensional al año por reactivación de la EPNP.

Resultados: 66 ojos, 58 implantes de Ahmed y 8 implantes Paul. El principal diagnóstico ha sido el glaucoma pseudoexfoliativo . Un 32% de los pacientes presentaron alguna complicación. La PIO media prequirúrgica fue de 30,36 mmHg. La PIO media postquirúrgica es de 14,97 al mes, 13.56 a los 6 meses (n=55) y 13,46 a los 12 meses (n=35). El porcentaje de reducción es de 45,89 % al mes, 51,73% a los 6 meses y 49,70 % al año, siendo resultados estadísticamente significativos. El número de fármacos previos fue de media 3,24; reduciéndose a 0.43 al mes, 1.38 a los 6 meses y 1.43 al año, incluyéndose aquí la pauta de tratamiento hipotensor postoperatoria. Se contemplan también las diferencias de reducción de PIO y fármacos según la técnica empleada (Ahmed o Paul) Conclusiones: Apreciamos una importante reducción de la PIO y del número de fármacos con ambos dispositivos. Las complicaciones fueron escasas y se corresponden con las esperadas según la bibliografía. Se ven bajadas importantes de la PIO con el implante Paul incluso sin retirada del tutor intraluminar. Pendientes actualización de resultados al 31 diciembre 2024.

P41.- Efectividad del dispositivo XEN®63 vs. XEN®45

Dres.: Mayerling M. Suriano, Mario S. Hernández Soto, Francisco J. Ramos Martí
Hospital General Universitario de Castellón / Clínica Vila Innova Ocular. Valencia

Objetivos: Comparar la efectividad del dispositivo XEN®63 versus XEN®45 A 1 año en pacientes con glaucoma crónico de ángulo abierto.

Material y Métodos Se llevó a cabo un análisis retrospectivo de los dispositivos XEN®63 y XEN®45 Gel Stent, implantados entre enero y octubre del año 2023. El objetivo primario fue determinar la variación de la presión intraocular (PIO) postoperatoria a 1 año en ambos grupos. Como objetivos secundarios se evaluó el número medio de fármacos hipotensores, además de la necesidad de reintervención (Needling y/o revisión quirúrgica). Resultados Se incluyeron 24 pacientes, 16 pacientes en el grupo XEN®63 y 8 en el XEN®45. La edad media fue $72,9 \pm 7,9$ años en el grupo XEN®63, y $65,0 \pm 6,7$ años en el grupo XEN®45. La PIO media previa a la cirugía en el grupo XEN®63 fue de $23,88 \pm 5,9$ mmHg, y al año $14,06 \pm 3,9$ mmHg. En el grupo XEN®45 la PIO previa a la cirugía fue de $19,00 \pm 5,18$, al año de $16,63 \pm 8,6$. Respecto al número medio de fármacos previo a la cirugía en el grupo XEN®63 fue de $3,88 \pm 0,96$, al año postcirugía $0,88 \pm 1,26$. En el grupo XEN®45 el número medio de fármacos previo a la cirugía fue de $3,50 \pm 1,20$, al año postcirugía $0,50 \pm 0,93$. Respecto a la necesidad de reintervención, ésta se realizó en el grupo de XEN®63 en el 31%, de los casos versus 25% de los XEN®45.

Conclusiones: El dispositivo XEN®63 ha conseguido de media una reducción del 41,1% de PIO al año de implantado, a diferencia del 12,6% del grupo XEN®45.

P42.- Evolución de la técnica quirúrgica del implante XEN: Comparación entre abordaje clásicos y alternativos

Dres.: Claudia Hernández-Barahona Monleón, Diego Fernández Velasco, Noemi Güerri Monclús, Susana Pérez Olivan, Blanca Ferrández Arenas, María Pilar Bambó Rubio
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Objetivos: Describir las técnicas quirúrgicas del implante XEN, desde la clásica ab interno con conjuntiva cerrada hasta alternativas con conjuntiva abierta y abordajes ab interno o ab externo, evaluando resultados y complicaciones según la literatura.

Material y métodos: En el Hospital Universitario Miguel Servet, tradicionalmente se ha realizado la técnica clásica del implante XEN, en los últimos meses se ha iniciado una transición hacia nuevas opciones quirúrgicas. Se realizó una revisión de la literatura sobre la evolución de la técnica, comparando resultados clínicos y analizando las complicaciones asociadas a los abordajes ab interno y ab externo, con conjuntiva cerrada o abierta.

Resultados: Un estudio retrospectivo con 185 pacientes no encontró diferencias en los resultados ni en las complicaciones quirúrgicas al implantar XEN ab interno o ab externo 1. Un estudio retrospectivo con 85 pacientes que comparó ab interno con conjuntiva cerrada vs ab externo con conjuntiva abierta reportó que ambas técnicas alcanzaban una disminución de la PIO y la necesidad de tratamiento tópico, teniendo mayor tasas de éxito la segunda 2. Un estudio multicéntrico con 137 pacientes con XEN 453 y corroborado por otro estudio multicéntrico con 193 pacientes 4, reportó que la implantación de XEN con conjuntiva abierta es segura y eficaz, presenta mayores reducciones de la PIO y una menor necesidad de revisiones en comparación con conjuntiva cerrada.

Conclusiones: El implante SE ha demostrado ser efectivo para el tratamiento del glaucoma aunque parece que la técnica con conjuntiva abierta presenta menos complicaciones y mejores resultados. La elección del abordaje quirúrgico debe individualizarse teniendo en cuenta características del paciente y la experiencia del cirujano.

P43.- Experiencia de implante XEN, seguimiento a 2 años

Dres.: Pablo Soler Bartrina, Ana Vanessa Sánchez Ferreiro, Marina Rodríguez Andrés, Rocío Rivas Zavaleta

Hospital el Bierzo. León

Objetivo: Describir la eficacia y la seguridad del uso del implante de XEN 45 en un hospital de segundo nivel con 2 años de seguimiento.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes operados con implante XEN 45 durante el año 2022 en el Hospital El Bierzo. Se recogen parámetros demográficos, efectividad y seguridad tras 2 años de seguimiento.

Resultado: Se incluyeron 7 pacientes a los que se les implantó un dispositivo XEN 45 entre julio y octubre del 2022. El procedimiento se realizó utilizando un abordaje ab interno e inyección subconjuntival de 0.1 mL de mitomicina al 0.02% al final de la intervención. En 2 de los casos, el implante se combinó con cirugía de cataratas y en otros 2 se utilizó como rescate tras una cirugía de glaucoma previa fracasada. De los 7 pacientes, 6 estaban diagnosticados de glaucoma primario de ángulo abierto y 1 de glaucoma miópico. La PIO media preoperatoria era de 22.71 mmHg y el número medio de principios activos era de 2.85. En el seguimiento a 2 años se observó una PIO media postoperatoria de 9.6 mmHg con una media de 0 principios activos utilizados. Uno de los paciente presentó un desprendimiento coroideo postoperatorio precoz que se resolvió espontáneamente; cuatro presentaron fracaso de ampolla en las semanas 4, 46, 62 y 98, requiriendo revisión abierta; y uno se complicó con una endoftalmítis por exposición del implante en la semana 98.

Conclusiones: El análisis de esta serie de pacientes muestra que el implante de XEN 45 es un procedimiento eficaz en la reducción de la PIO y del uso de principios activos utilizados. Sin embargo, es crucial seleccionar adecuadamente a los pacientes y realizar un seguimiento estrecho y prolongado debido a la posibilidad de complicaciones a corto, medio y largo plazo.

P44.- Glaucoma maligno tras implante XEN63, a propósito de un caso

Dres.: María Luisa Gonzalo Olalla, Alicia A. López Rodríguez, Irazzu Ibáñez Sada, Pedro Lanza Fiorito

Hospital San Eloy. Vizcaya

OBJETIVOS: El glaucoma maligno es una entidad rara pero potencialmente grave. La mayoría de los casos se han descrito tras cirugía invasiva de glaucoma. Se presenta como un aplanamiento de la cámara anterior (CA) periférica y central y un aumento de la presión intraocular (PIO) con cierre angular secundario. La fisiopatología es multifactorial y no del todo clara. Se describe la debilidad zonular como factor que junto con una acumulación del humor acuoso (HA) detrás de un vítreo desprendido empuja hacia delante el diafragma iris-cristalino/lente provocando una mala conducción hacia posterior del HA creando un círculo vicioso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 80 años pseudofáquica con glaucoma pseudoexfoliativo en ambos ojos. Se le implanta un dispositivo XEN 63 en el ojo derecho, con un postoperatorio normal

hasta la 2a semana en la que presenta dolor y PÍO alta. En las pruebas realizadas (OCT-SA y ecografía) se observa una anteriorización del diafragma irido-lente, sinequias anteriores periféricas (SAP) y atalamia.

RESULTADOS: Tras descartar otros procesos se le diagnostica glaucoma maligno y se trata con una iridoidotomía periférica junto con tratamiento hipotensor tópico y oral, antiinflamatorios tópicos y midriáticos. A la 3a semana el cuadro se había agravado y se optó por realizar una vitrectomía completa con irido y palidotomía perforante con liberación de las SAP. Normalizando posteriormente la PIO y formando una CA amplia y sin sinequias.

CONCLUSIÓN: El glaucoma maligno raramente se soluciona espontáneamente y puede causar pérdida visual grave por descompensación corneal crónico o daño en el nervio óptico entre otros. Es clave su diagnóstico precoz ya que determina la efectividad final del tratamiento mejorando así el pronóstico. Es importante tener en cuenta esta entidad a la hora de operar a un paciente si presenta factores de riesgo y realizar medidas profilácticas como evitar el uso de mióticos o las descompresiones bruscas durante la cirugía.

P45.- Hipema masivo post cirugía combinada de catarata e implante iStent inject. A proposito de 2 casos

*Dres.: Beatriz Puerto Hernandez, Ester Villar Arrondo, José María Sánchez Pina,
Patricia González Rodríguez*
Clínica Rementería. Madrid

Objetivo: Mostrar el manejo terapéutico del hifema masivo en el postoperatorio inmediato después de cirugía de catarata e implante con iStent Inject .

Material y métodos: Se presentan dos casos de pacientes sometidos a cirugía combinada de catarata con implante iStent inject , que presentaron hifema masivo como complicación precoz a las 24 horas de la cirugía. La primera, mujer de 81 años con un glaucoma primario de ángulo abierto, en tratamiento anticoagulante con Lixiana. El segundo, mujer de 71 años, con glaucoma pseudoexfoliativo en AO, con tratamiento oral de Metformina .

Resultados: En ambos casos la cirugía cursa de manera rutinaria sin complicaciones asociadas. En el primer caso, en la revisión del día siguiente se observa un hipema de $\frac{3}{4}$ partes de cámara anterior, asociado a HTO (39 mmHg); en el segundo presentaba un sangrado organizado de la mitad inferior de la cámara con tensión ocular de 50 mmHg . En las 2 pacientes el manejo inmediato en consulta con tratamiento tópico y oral no fue efectivo. En ambos casos se realiza un lavado de cámara anterior en quirófano con extracción del coágulo fibroso con suero y ayuda de la irrigación-aspiración. En el segundo caso se vuelve a recolocar la LIO tórica en su eje, desplazada casi 90° por el efecto traccional del coágulo pre y retroiridiano. Al día siguiente del lavado quirúrgico no presentan PIO alta, portando tratamiento tópico inicialmente de control hasta la revisión de la semana y el mes respectivamente, controlando posteriormente la tensión de manera similar a la del ojo contralateral.

Conclusiones A pesar de lo excepcional de los sangrados masivos tras la cirugía trabecular con implante iStent inject, el tratamiento quirúrgico inmediato es necesario por la organización del sangrado y produce una resolución del evento. La recuperación visual posterior es rápida y el control tensional a medio plazo no parece relacionado con su aparición. Hipema masivo post cirugía combinada de catarata.

P46.- Laserterapia en glaucoma maligno: a propósito de un caso

Dres.: Ana Jimenez Alonso, Leire Olazaran Gamboa, Arantza Rebollo Aguayo, Nerea Gangoitia Gorrotxategi, Ane Galarza López, Irene Reyzubal Ereño, Iñigo Salmerón Garmendia, Ana Sofia Argüelles

Hospital Universitario de Navarra. Navarra

Objetivo: Presentar un caso clínico de glaucoma maligno tras cirugía combinada FACO-XEN 63 tratado satisfactoriamente con iridotomía y capsulotomía con láser Nd:YAG.

Material y Métodos: Mujer de 75 años acude remitida desde óptica por hipertensión ocular (HTO) en ojo derecho (OD). Presenta mejor agudeza visual corregida (MAVC) de 8/10 en ambos ojos (AO). En biomicroscopía, pseudoexfoliación (PSX), cámara anterior (CA) III y faecoescclerosis en AO. PIO de 38 mmHg en OD. Fondo de ojo (FO) normal. En gonioscopia, ángulo abierto. El episodio urgente se trata con hipotensores tópicos y sistémicos, bajando la PIO a 22 mmHg. Se instaura el mismo tratamiento en domicilio.

Resultados. En las revisiones, mantiene HTO con tres principios activos. Se plantea cirugía combinada de catarata con implantación de dispositivo XEN 63 con anestesia tópica y Mitomicina C 0,02%. En biometría, longitud axial de 21,7 mm y profundidad de CA 2.79 mm en OD. En quirófano presenta CA inestable requiriendo apertura conjuntival para conseguir filtrado del dispositivo. Tras 24 horas, CA I central y periférica, pliegues en Descemet, ampolla XEN plana y PIO de 15 mmHg. FO sin desprendimiento coroideo. Se diagnostica de probable glaucoma maligno secundario a cirugía. Se decide iridotomía y capsulotomía posterior con láser YAG, iniciando tratamiento con ciclopléjico y corticoide tópico. Presenta buena evolución las cinco semanas posteriores, con MAVC de 5/10, CA IV, ampolla de XEN +, pseudofaquia correcta y PIO de 10 mmHg (con un principio activo hipotensor).

Conclusiones: La incidencia de glaucoma maligno es escasa, entre un 0,4-4% en cirugía filtrante y menos del 0,1% en cirugía de catarata. Los factores de riesgo son: sexo femenino, CA estrecha, longitud axial corta, PSX, HTO preoperatoria. Por desconocimiento de su fisiopatología, no está definido el mejor tipo de manejo en estos casos. Nosotros abogamos por tratamiento médico junto a iridotomía y capsulotomía YAG como medidas para resolver el cuadro.

P47.- Manejo de la hipotonía postoperatoria tras cirugía de XEN 63

Dres.: Inmaculada García Santos, Juan Francisco Ramos López, Sara Aguayo García, María del Carmen Marcos Martín, Carlos Ignacio Serrano Molina

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: Se propone la tutorización del dispositivo XEN 63 como alternativa a la retirada del implante en casos de hipotonía postoperatoria mantenida.

Materiales y métodos: Se presentan dos casos de cirugía de glaucoma con XEN 63 con hipotonía postoperatoria y su manejo.

CASO 1 : Mujer, 78 años. GPAA. PIO 21 mmHg con 3 fármacos. FO e/p 8/10. Se realizó cirugía con XEN 63. Postoperatorio inmediato: PIO 6 mmHg, ampolla difusa sin seidel. 1º mes: PIO 5 mmHg, pliegues maculares y AV OD 0.1

CASO 2: Varón, 75 años. Glaucoma pigmentario, iridotomía Nd-YAG, pseudofáquico. PIO 20 mmHg con 3 fármacos. FO e/p 8/10. Se realizó cirugía con XEN 63 OD. Postoperatorio inmediato: PIO OD: 4 mmHg. Cámara anterior profunda, ampolla difusa, no seidel, no DC. 1º semana postcirugía: PIO OD 2 mmHg.

Hipótesis: Ofrecer mayor resistencia al excesivo flujo de salida del implante XEN 63 mediante la introducción de un tutor que reduzca el diámetro del lumen. Esta alternativa sería un proceso reversible si se quisiera en un futuro, ante un incremento de la PIO, retirar el tutor y obtener mayor drenaje sin precisar nuevamente cirugía.

Resultados: CASO 1: Se decide cirugía para tunelización de XEN 63 con Nylon 10/0. Postoperatorio inmediato AV OD: 0.6. Ampolla difusa. PIO OD 12 mmHg Desaparición de pliegues maculares.

CASO 2 1) Tratamiento médico, no resuelve la hipotonía y continua con los DC. 2) Se rellena la cámara anterior con viscoelástico, PIO 12 mmHg, resolución parcial de DC. A los 15 días disminución profunda de la cámara anterior. PIO 5 mmHg y aumento de los DC. Se decide tutorización de XEN 63 con Prolene 1

Conclusiones: Considerar tutorización de XEN 63 como alternativa a retirar el implante. Nylon vs prolene. Como propuestas pendientes de analizar: Si la PIO sube, ¿funcionará retirar el tutor?. En casos de miopes altos, cirugía con XEN 63 ab externo tutorizado. XEN 63 tutorizado en segundos ojos de pacientes que hayan tenido hipotonías clínicas en ojo contralateral.

P48.- Manejo postoperatorio de la tensión ocular con Perseflo tras cuadro de Endoftalmitis por Xen extruido. A propósito de un caso

Dres.: Rocío del Pilar Rivas Zavaleteta, Pablo Soler Bartrina, Ana Vanessa Sánchez Ferreiro
Hospital el Bierzo. León

Objetivos: Estudiar el caso clínico de un paciente con Glaucoma Avanzado con desarrollo de Endoftalmitis por Xen 45 extruido, en quien como opción terapéutica tras dicha complicación se realiza cirugía con Perserflo para control de tensión ocular.

Material y Métodos: Paciente varón de 66 años con Glaucoma Crónico de Ángulo Abierto Avanzado en ojo izquierdo pseudofáquico con cirugía filtrante no funcionante por lo que se realiza implante de Xen 45 sin complicaciones, presentando en el postoperatorio inmediato AV en OI de 0.8 y PISO de 3 mm Hg ; en la biomicroscopía OI: Xen bien posicionado con ampolla posterior difusa, córnea clara, no seidell, cámara bien formada, LIO en saco. Y manteniendo PIO de 8 mmHg en los controles. Un año después paciente acude a urgencias por disminución brusca de agudeza visual,dolor y ojo rojo izquierdo, presentando cuadro compatible con Endoftalmitis asociado a extrusión del dispositivo Xen ,que requirió manejo con antibióticos intravítreos , así como vitrectomía con explante de Xen. Resuelto el cuadro de Endoftalmitis ,por persistencia de hipertensión ocular de 32 mmHg tras la cirugía, se decide realizar implante de Perderlo Flo.

Resultados: Actualmente, a los 8 meses de cirugía con Perderlo, el paciente presenta una AV en el ojo izquierdo de 0.3, PIO de 10 mm Hg, ampolla de buen aspecto, córnea transparente, cámara amplia, tubo bien posicionado y fondo de ojo con excavación de 0.9, mácula normal, retina aplicada.

Conclusiones: La Endoftalmitis es una complicación rara del implante Xen pero amenaza la vista del paciente.La erosión de la conjuntiva y exposición del Xen son las causas directas más frecuentes. Generalmente el dispositivo se retira y se realiza un control intensivo de la infección con medidas médicas y quirúrgicas. Y el manejo de la tensión ocular es tratado médicamente y a través de otras cirugías filtrantes después de haber controlado la infección, como en este caso que se utilizó el implante Perserflo.

P49.- Estudio retrospectivo de eficacia y seguridad del implante Preserflo MicroShunt en el glaucoma infantil con trabeculectomía previa fallida

Dres.: Clara Heredia-Pastor, Javier García-Bardera, Julián García-Feijoo, Laura Morales-Fernández, Mireia García-Bermúdez, José María Martínez de la Casa

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Propósito: Analizar la eficacia y seguridad del Preserflo Micro Shunt (PMS) con mitomicina C (MMC) en el manejo del glaucoma infantil refractario con trabeculectomía fallida previa.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye 26 ojos de 23 pacientes con glaucoma infantil previamente tratados con trabeculectomía. Se implantó PMS con MMC al 0,04% durante 2,5 minutos en todos ellos. Se analizaron datos demográficos, características basales, cirugías previas y resultados. Los objetivos principales incluyeron la reducción de la presión intraocular (PIO), la disminución del uso de medicaciones y las tasas de éxito quirúrgico. Se definió éxito como reducción de PIO $\geq 30\%$ (éxito completo sin medicación; éxito parcial con medicación) y, como objetivo secundario, reducción $\geq 20\%$. El fracaso incluyó la necesidad de reintervención quirúrgica o la retirada del dispositivo.

Resultados: El seguimiento mediano fue de 21 meses (IQR: 18–32 meses). La PIO basal media fue de $27,9 \pm 5,2$ mmHg con $3,0 \pm 0,7$ medicaciones tópicas, y el grosor corneal medio era de 565 ± 78 μm (rango: 415–812 μm). Un año tras la cirugía, la PIO media disminuyó significativamente a $13,2 \pm 3,6$ mmHg y el número de medicaciones a $0,1 \pm 0,5$. La tasa de éxito con reducción $\geq 30\%$ fue del 73,7% (68,4% éxito completo), mientras que con reducción $\geq 20\%$ alcanzó el 84,2% (78,9% éxito completo). Dos casos fracasaron por necesidad de revisión quirúrgica a los 161 y 350 días. Las complicaciones incluyeron un sangrado intraquirúrgico y una hipotonía numérica precoz. Conclusiones: El PMS se presenta como una alternativa quirúrgica segura y eficaz para el tratamiento del glaucoma infantil en pacientes ya intervenidos de trabeculectomía previamente. Aunque se requieren estudios con seguimientos más prolongados para confirmar su eficacia a largo plazo, el dispositivo es efectivo en la reducción significativa de la PIO y en la disminución del uso de medicación antiglaucomatosa en población infantil compleja.

11:30 a 12:00 h DISCUSIÓN DE POSTERS CIRUGÍA III

Discutidores: Prof. Luis Pablo Julvez, Dra. Noemi Güerri Monclús

Paneles: 50 al 57

Pantalla 2

P50.- Quisis papilar y desprendimiento neurosensorial macular tras implante XEN63

Dres.: Naroa Fernández Vázquez, Ana Ibáñez Muñoz, Raquel Cebrián Sanz, Andrés Valencia Mejías, Hernán Alejandro Sáez Martínez, Paloma Fuentes Iñigo

Hospital San Pedro. La Rioja

Objetivo: Presentar un caso poco frecuente de retinosquisis peripapilar y desprendimiento Neurosensorial (DNS) asociado a hipotensión ocular en el postoperatorio inmediato de un implante XEN 63.

Material, métodos: Varón de 77 años diagnosticado de glaucoma de ángulo abierto sin antecedentes personales de interés, que fue intervenido de cirugía combinada de facoemulsificación e implante XEN@63 en ojo derecho. En el postoperatorio inmediato presentó hipotonía ocular con una presión intraocular (PIO) de 5 mmHg acompañado de un aplastamiento de cámara anterior (atalamia grado I). Al examen fundoscópico presentó un desprendimiento coroideo periférico en zona temporal, sin evidenciar maculopatía hipotónica. Se decidió rellenar la cámara anterior con Biolon, lo que incrementó la PIO a 10 mmHg. Se pautó tratamiento tópico con atropina 1 gota cada 24 horas, dexametasona 1 gota cada 2 horas y prednisona oral a dosis de 1mg/kg/día, siendo reducido de forma gradual.

Resultados: A los dos meses de evolución, el paciente presentó una disminución de la visión máxima agudeza visual corregida (MAVC) de 0,3. No se encontraron cambios en la biomicroscopía de segmento anterior y posterior, con una PIO de 6 mmHg. Sin embargo, la tomografía de coherencia óptica (OCT) permitió objetivar un DNS a nivel del haz papilomacular y una retinosquiasis peripapilar, que justificaba el deterioro visual. Sorprendentemente, se observó una mejoría falsa de la capa de fibras nerviosas. Se decidió actitud expectante con seguimiento estrecho del paciente. A los 3 meses de seguimiento, tras la mejoría espontánea de la PIO, se observó una MAVC 1.0, resolución completa de la retinosquiasis peripapilar y del DNS que se ha mantenido estable hasta el día de hoy.

Conclusiones: Esta entidad requiere una alta sospecha debido a que la retinosquiasis peripapilar y el DNS producen un aumento del grosor de la capa de fibras nerviosas, produciendo una mejoría falsa que empeora bruscamente ante su resolución completa.

P51.- Resultados a 1 año con ciclodiodo micropulso y continuo

Dres.: Cristina Castellà Capsir, Alexandra Sempere

Hospital Joan XXIII. Tarragona

Este estudio retrospectivo tiene como objetivo evaluar la eficacia y la tolerancia de TCSPC y de TCSPC-MP en la vida real. Se incluyó a todos los pacientes que se beneficiaron de un procedimiento de TS CPC o de TCSPC-MP en el Departamento de Oftalmología del Hospital Universitario Joan XXI-II de Tarragona entre enero de 2022 y enero de 2024. Los datos preoperatorios recopilados fueron medidos (1º día, 1º semana, 1º mes, 6 meses y al 1º año)

- 1) El éxito se definió por un descenso de la PIO del 30% a los 6 meses y al 1º año.
- 2) Los criterios secundarios fueron la reducción en el número de
- 3) tratamientos hipotensores y mejoría de dolor.
- 4) CONTINUO (SCP)
- 5) En total se incluyeron 19 ojos de 18 pacientes, la media de edad fue de 60 '95 años. La muestra consistía en 4 mujeres (21 '05%) y 15 varones (78,95%). La PIO media preoperatoria fue de 39' 37 mmHg con tratamiento hipotensor máximo.
- 6) LASER MICROPULSO (TCSPC-MP)
- 7) En total se incluyeron 20 ojos de 17 pacientes, la media de edad fue de 64 '7 años. El 80% de la muestra son varones (16/20) y tan solo el 20% mujeres (4/20), con una misma proporción de ojos derechos e izquierdos. La PIO media preoperatoria fue de 33 '75 mmHg con tratamiento hipotensor máximo.
- 8) LÁSER CONTINUO (TCSPC)

9) El éxito quirúrgico se obtuvo en el 57% (13 pacientes de 18) y 72% (13 pacientes de 18) a los 6 meses y al 1º año respectivamente. Todos los pacientes iniciaron el estudio con tratamiento hipotensor máximo y tras TCSPC-MP la media de fármacos hipotensores en todos los pacientes fue de 1'28. El 88 '88% de reducción Acetazolamida. Se consiguió una mejoría del edema corneal en el 88 '88% de los pacientes.

10) Micropulse (TSCPC-MP)

11) El éxito quirúrgico se obtuvo en el 45% (9 de 11) y 20% (4 de 16) a los 6 meses y al 1º año respectivamente. 6 ojos 30% requirieron otro tratamiento para controlar la PIO. Medicación media post laser 1.73. 90% controlaron el dolor. 77,77% redujo Edemox. 50% mejora edema corneal.

12) Eficaz para casos refractarios y como técnica MIGS con micropulso

P52.- Resultados a un año de la cirugía de glaucoma con implante XEN 63 Ab externo

Dres.: Nathalie Gutiérrez Lemus, Gianluca Fatti, Julia Nash Monzó, Marina Potau Bermejo, Javier Santos Gutiérrez, Clara Andorrà

Consorci Corporació Sanitària Parc Tauli y Admiravisión. Barcelona

Objetivo: Evaluar los resultados y la seguridad de la técnica Ab externo con implante XEN 63 en pacientes con glaucoma.

Metodología: Se trata de un estudio retrospectivo donde se incluyeron 55 pacientes operados con Xen 63 Ab externo y que habían completado un seguimiento de al menos un año.

Resultados : 55 ojos de 49 pacientes fueron analizados. La totalidad de pacientes eran pacientes con glaucomas moderados y severos. La presión media preoperatoria era de 21,2 (DM +/-7,51) y la medicación media preoperatoria era de 3,1 (DM/-2,84). Un total de 19 pacientes utilizaban 4 fármacos para controlar su enfermedad, 25 pacientes utilizaban 3 fármacos, 9 utilizaban 2 fármacos y 2 pacientes sólo eran tratados con un fármaco ante la intolerancia de todos los demás. Del total de cirugías, 17 fueron combinadas con cirugía de cataratas, y en el resto sólo se realizó el implante del XEN 63. La presión media postoperatoria al año de seguimiento fue de 11,54 (DM +/-2,84), y la medicación media postoperatoria fue de 0,47 (DM +/-0,81). Sólo 9 pacientes mantienen medicación antiglaucomatosa. Más del 50% de los pacientes presentaron en algún momento de su evolución hipotonía numérica (PIO menor a 6 mmHG), los pacientes que presentaron desprendimientos corioides fueron de carácter transitorio y con resolución antes del mes con tratamiento médico. Un total de 6 pacientes fueron sometidos a revisión.

Conclusiones: De acuerdo con nuestra experiencia, el abordaje Ab externo consigue presiones muy bajas postoperatorias por lo que se puede utilizar en pacientes que tienen presiones objetivos bajas por presentar glaucomas avanzados. Se trata de una técnica segura con complicaciones mínimas.

P53.- Resultados tras implante Preserflo MicroShunt en pacientes con glaucoma avanzado y antecedente de cirugía filtrante fallida

Dres.: Alejandro Pardo Aranda, Miriam Montserrat Sancho Romero, Pablo Cisneros Arias, Hassanein Ali Assaf Assaf

Hospital Universitario de Vic. Barcelona

Objetivos: Se presentan y analizan resultados tras seis meses de seguimiento en seis pacientes con glaucoma avanzado en los que se implanta un dispositivo Pre Serflo MicroShunt como rescate tras el fracaso de cirugía filtrante previa.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 6 ojos en 6 pacientes con glaucoma avanzado en progresión y antecedente de cirugía filtrante previa (83,3% trabeculectomía, 16,7% ExPress). Todos los pacientes eran pseudofáquicos con una edad media de $74 \pm 11,6$ años. La presión intraocular (PIO) preoperatoria media fue de $19,29 \pm 2,98$ mmHg y la medicación hipotensora tónica media previa a la cirugía fue de 2,71 fármacos. Todos ellos se sometieron a cirugía filtrante mediante implante de un dispositivo Pre Serflo Micro Shunt en sector temporal superior a 3 milímetros del limbo tras empleo de mitomicina C al 0.02% durante 2 minutos. No se observaron complicaciones intraoperatorias. Se realiza un seguimiento de PIO; aspecto de la ampolla de filtración y medicación tópica postoperatoria tras 24 horas, 1 semana, 3 semanas, 3 meses y 6 meses.

Resultados: El postoperatorio transcurrió con normalidad, a excepción de una hipertensión transitoria que se manejó con medicación tópica. En todos los casos se evidenciaron ampollas de filtración difusas y posteriores. Se constató una reducción de la PIO media, que, a los seis meses tras la intervención disminuyó de $19,29 \pm 2,98$ mmHg a $12,29 \pm 2,3$ mmHg, y la media de fármacos hipotensores empleados se redujo de 2,71 a 0,43.

P54.- Revisión a medio y largo plazo de los resultados quirúrgicos con implante Preserflo Microshunt

Dres.: Raquel Gutiérrez Ezquerro, Carolina Medina Martin, Ferran Alarcón Correcher, Gema Ferrus Segarra, José I. Belda Sanchis
Hospital Universitario de Torrevieja. Alicante

Objetivo: Analizar la evolución y resultados clínicos del implante Preserflo Microshunt a medio y largo plazo.

Material y Métodos: Revisión retrospectiva y observacional de 20 pacientes (20 ojos) con glaucoma que fueron intervenidos con el implante Pre Serflo mediante técnica estándar.

Resultados: Esta revisión recoge las características clínicas de los pacientes, análisis del tipo de la concentración de MMC (0.02% vs 0,04%), análisis de la presión intraocular y medicación hipotensora a los 7 días, 1,3,6 y 12 meses tras la cirugía. También recoge la necesidad de revisión del implante o nueva cirugía. De los 20 pacientes, 2 presentaron hipotonía la cual se resolvió con tratamiento médico y otros 2 con necesidad de reintervención quirúrgica (tutorización). Por el contrario, hubo que revisar 3 pacientes por presentar presión elevada no controlada.

Conclusiones: La cirugía de glaucoma mediante el implante Preserflo con mitomicina C reduce eficazmente la presión intraocular y el número de medicamentos hipotensores a pesar de requerir revisión en algunos casos.

P55.- Surgical outcomes of the Aurolab aqueous drainage implant (AADI) vs. the Ahmed glaucoma valve for adult refractory glaucoma

Dres.: Konrad Schargel, Edward Schargel; Merai Ahmed AlShehri; Ahmad AlShammari,
King Khaled Eye Specialist Hospital, Riyadh, Saudi Arabia. Universidad de Bonn, Alemania.
Kuwait Institute for Medical Specializations

Objetivo: Este estudio compara los resultados quirúrgicos del implante de drenaje de humor acuoso de Aurolab (AADI) con la válvula de glaucoma de Ahmed (AGV) en el manejo del glaucoma refractario en adultos, realizado en el King Khaled Eye Specialist Hospital.

Método: Se realizó un análisis retrospectivo de 40 pacientes adultos con glaucoma refractario sometidos a implantes AADI o AGV entre enero de 2018 y marzo de 2022. Los pacientes fueron operados por un único cirujano o bajo su supervisión. Se recopilaron datos demográficos, presión intraocular (PIO), número de medicamentos, complicaciones y éxito quirúrgico definido como una PIO ≤ 21 mmHg sin medicamentos o ≤ 21 mmHg con medicamentos.

Resultados: El grupo AGV incluyó a 30 pacientes y el grupo AADI a 10. Las características basales (edad, género, tipo de glaucoma) no mostraron diferencias significativas entre los grupos ($p > 0.05$).

La PIO basal no presentó diferencias significativas entre los grupos (AGV: 36.0 mmHg vs. AADI: 32.0 mmHg, $p = 0.949$). Mes 24: AADI mantuvo una PIO significativamente más baja (9.0 mmHg vs. 15.5 mmHg, $p = 0.031$). En el seguimiento a largo plazo (mes 24), no hubo diferencias significativas en el número de medicamentos entre los grupos (AADI: 2.00 vs. AGV: 3.00, $p = 0.248$).

Las curvas de Kaplan-Meier no mostraron diferencias significativas en la supervivencia entre ambos dispositivos (Log-rank $p = 0.96$).

Complicaciones: El grupo AGV presentó mayores tasas de hipotonía y derrame coronario.

Conclusión: Ambos dispositivos son eficaces en el manejo del glaucoma refractario. Sin embargo, el implante AADI mostró un mejor control de PIO a mediano y largo plazo, con una menor necesidad de medicamentos iniciales y un perfil de complicaciones más favorable. Este estudio refuerza el potencial de AADI como una alternativa costo efectiva en el tratamiento quirúrgico del glaucoma refractario.

P56.- Suturas compresivas y esclerotomías de drenaje para el tratamiento del desprendimiento coroideo post cirugía de glaucoma con implante Xen63 ab externo: A propósito de un caso

Dres.: Javier Santos, Nathalie Gutiérrez, Gianluca Fatti, Julia Nash, Marina Potau, Clara Andorrá
Consorci Sanitari Parc Taulí. Barcelona

Introducción: El desprendimiento coroideo (DC) tras una cirugía de glaucoma es una de las complicaciones quirúrgicas más temidas. Ésta ocurre cuando el diferencial de presión entre el vítreo/cámara anterior y el espacio supracoroideo se invierte, produciendo una vasodilatación de los vasos coroideos con la consecuente acumulación de fluido en ese espacio.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 75 años con GCAA en AO, en tratamiento con latanoprost y brimonidina en AO y RD moderada, que llega a consultas con PIO 30/16 pese a un correcto tratamiento por lo que se decide realizar una cirugía con implante XEN 63 Ab-externo del ojo derecho, la cual transcurrió sin incidencias. Al día siguiente de la intervención el paciente tenía una PIO de 24 mmHg, una ampolla formada difusa, y en fondo de ojo se objetivaba un DC nasal e inferior, que a lo largo de 1 mes se intentó manejar con tratamiento médico, pero la PIO era cada vez más baja y en el fondo de ojo casi se observaba un «kissing DC» por lo que se decide intervenir. Se realizaron 2 esclerotomas tangenciales al limbo nasal-inferior y temporal-inferior a 5 mm del limbo observando la salida de fluido seroso supracoroideo, y posteriormente se realizaron 4 suturas compresivas superiores para limitar la ampolla.

Resultados: Al día siguiente de la cirugía, el paciente presenta una PIO 11 mmHg, una ampolla focal superior, las suturas compresivas correctas, y una importante reducción del DC en el fondo de ojo. A la semana, el paciente prácticamente no tenía DC y al mes se considera resuelto completamente con recuperación visual. El paciente en todo momento mantiene presiones entre 10-12 mmHG post cirugía.

Conclusión: Las suturas compresivas pueden ser un recurso efectivo a tener en cuenta en el tratamiento de ésta complicación quirúrgica, además estas suturas se pueden asociar a esclerotomas de drenaje para acelerar la resolución del DC y la recuperación visual.

P57.- Técnica de explantación del implante CYPASS con 3 anillos visibles en contacto endotelial

Dres.: Felipe Javier Barroso Pérez, Paula Bañeros Rojas, Alfonso Almendral Gómez

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid

Introducción: El ByPass Micro-Stent es un implante supracoroideo para el tratamiento del glaucoma de ángulo abierto retirado del mercado debido a la evidencia de disminución de las células endoteliales. El objetivo es describir las maniobras de explantación de dicho implante.

Material y métodos: Varón de 65 años acude para valoración de glaucoma en ojo izquierdo (OI) operado en otro hospital. Como antecedentes presentaba cirugía de catarata en ambos ojos, implante Cypass en OI y en tratamiento con Timolol y Brinzolamida cada 12 horas en ambos ojos. La agudeza visual era en OD de 0,8 y OI 0,05. En la biomicroscopía y gonioscopia se observó el implante extruido con 3 anillos visibles a las VII horas en contacto endotelial y el conteo endotelial era de 868 células/mm² en OI. Dada esta situación se planteó explante del dispositivo y realización de EPNP. El fondo de ojo era normal, PIO de 14 mmHg y el campo visual del OI presentaba defectos sutiles.

Resultados: Tras la formación del tapete escleral superficial, retirada del profundo y aplicación de mitomicina C se realizó una paracentesis a unos 180° del implante y una incisión principal a 90° de esta. El viscoelástico dispersivo es importante para ampliar cámara y realizar hemostasia local. Se llevó a cabo la explantación sujetándolo y traccionando cuidadosamente por su extremo distal con unas pinzas de retina 23G y se procedió a pelar toda la fibrosis periimplante con un cistitomo o con tijeras de retina 23G y así reducir el riesgo de ciclodíálisis. La irrigación/aspiración se utilizó para succionar cualquier sangrado intracamerular. Tras la explantación, se procedió a terminar la EPNP.

Conclusión: En pacientes con migración del implante CyPass a cámara anterior con más de un anillo visible y pérdida localizada de células endoteliales corneales se recomienda acortar o retirar el dispositivo para prevenir la progresión de la reducción de células endoteliales y la aparición de edema corneal secundario.

11:30 a 12:00 h DISCUSIÓN DE POSTERS CIRUGÍA III (CONTINUACIÓN)

Discutidoras: Dra.: M.ª Dolores Lago Llinas, Dra. Ana I. Ramos Castrillo

Paneles: 58 al 64

Pantalla 3

P58.- Trabeculoplastia láser selectiva en glaucoma: nuestra experiencia en una muestra NO-NAÏVE

Dras.: Alexandra E. Istrate, Aina Bals Genestar, Alma San José Caballero, Beatriz Rodríguez Aguado, Lorena Almodí Cortés

Consorci Sanitari Terrassa. Barcelona

Objetivos: La trabeculoplastia láser selectiva (SLT) utiliza pulsos láser para inducir cambios en las células pigmentadas y estimular la remodelación de la malla trabecular. Es una opción terapéu-

tica eficaz y menos invasiva en comparación con el tratamiento farmacológico u otras técnicas quirúrgicas.

Nuestro objetivo es evaluar la efectividad de la SLT en la reducción de la presión intraocular (PIO) en pacientes con glaucoma en tratamiento tópico.

Material y métodos: Estudio observacional en 38 ojos de 25 pacientes (edad media: 60 años; rango 26-97 años; DT 14.67), 18 hombres y 20 mujeres, tratados con una media de 2.42 fármacos previo al tratamiento SLT. Diagnósticos: glaucoma crónico de ángulo abierto (GPAA, n=14), glaucoma pigmentario (GP, n=5), cortico respondedores (CR, n=14), y otros tipos con muestras pequeñas. La PIO inicial fue 18.00mmHg (DT 5.64; rango 10-36 mmHg). Se utilizó SLT con dos dispositivos diferentes: 23 pacientes tratados con máquina Zeiss (Visulas green) y 15 Medical Mix (Láser Tango). Las reducciones de PIO a las 2 y 4 semanas fueron analizadas mediante la prueba t de Student para muestras relacionadas, considerando valores $p < 0.05$ como significativos.

Resultados: La reducción media de la PIO fue de 19.44%. La reducción en los grupos principales fue: GCAA 8.2%, GP 9.4% y CR 31.9%. La menor reducción en los grupos con GC y GP podría estar relacionada con el tratamiento médico previo, lo cual limita el margen de reducción adicional que STL puede ofrecer. Sin embargo, en el grupo de CR, la reducción fue significativamente mayor, lo que sugiere que estos pacientes podrían beneficiarse especialmente de este tratamiento.

Conclusiones: La SLT logró una reducción significativa de la PIO en todos los grupos estudiados, con un impacto clínico relevante en los pacientes con CR. Estos resultados refuerzan su utilidad como una opción terapéutica eficaz y menos invasiva en el manejo del glaucoma, especialmente en pacientes que ya están en tratamiento farmacológico.

P59.- Trabeculostomía con Láser Excimer (ELT)

Dres.: Javier Villagrà Lecuona, Ana Ramos, Julia Murillo, Begoña Pastor

Hospital Universitario La Paz. Madrid

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de la Trabeculectomía con Láser Excimer (ELT) en la reducción de la presión intraocular (PIO) y el uso de fármacos antiglaucomatosos en pacientes con glaucoma.

Material y Métodos: Estudio prospectivo con 8 pacientes diagnosticados con glaucoma primario de ángulo abierto o glaucoma pseudoexfoliativo. Las evaluaciones incluyeron medición de PIO preoperatoria y postoperatoria al día y al mes, registro del uso de fármacos y seguimiento de posibles complicaciones durante un periodo de 1 mes tras la intervención.

Resultados: La PIO promedio preoperatoria fue de 17,375 mmHg, reduciéndose a 16,57 mmHg un mes tras el procedimiento. El número de fármacos utilizados pasó de un promedio inicial de 1,625 a 0,429 post operatoriamente. En cuanto a efectos adversos, no se observaron complicaciones ni durante ni tras la cirugía.

Conclusiones: La ELT demostró una reducción significativa de los fármacos tópicos utilizados, a pesar de que la magnitud de la reducción de la PIO no fue muy elevada. Los resultados obtenidos son similares a los presentados en la literatura, siendo una técnica MIGS segura y eficaz en combinación con la cirugía de cataratas. Una de las principales ventajas de esta técnica es que no se utiliza implante para realizarla.

P60.- Complicaciones postquirúrgicas tras implante XEN 45. Serie de casos

Dres.: Loreto Soldevilla Guitart, Sara Iribarren Baró, Jorge Casco Guijarro, Mónica Delgado Riveira, Marta González-Espejo Bustos

Hospital General Universitario de Villalba. Madrid

Presentamos tres casos de complicaciones postquirúrgicas tras implante XEN 45.

1. Varón de 86 años que meses tras implante XEN presenta oclusión parcial de la boca del dispositivo por flap de membrana de Descemet con PIO elevada. Se impermeabiliza con éxito con láser Yag, normalizando la PIO.

2. Mujer de 59 años que tres meses tras cirugía con implante XEN acude a Urgencias con hiposfagma y quemosis leve evolucionando a ampolla disestésica hiperfiltrante de XII a IXh con PIOs controladas que impedía la oclusión palpebral. Se realiza needling de la ampolla, sutura en cruz en superior y aplicación de Tissuol en infernal (técnica «Dry-Lake») evolucionando favorablemente.

3. Mujer de 78 años que en el postoperatorio inmediato de implante XEN presenta hipema que alcanza eje visual y condensación vítrea en la ecografía ocular sin desprendimiento coroideo. Tras una actitud expectante sin observación mejoría, se decide lavado de cámara anterior. Posteriormente se visualiza XEN bien posicionado y móvil con ampolla formada y PIO controlada, con restos de hemovítreo en inferior en la fundoscopia que se resuelve sin incidencias. Discusión. La técnica de implante XEN tiene buen perfil de seguridad, pero no está exenta de complicaciones. El sangrado en cámara anterior (CA) es la más frecuente en el postoperatorio precoz. Retirar los anticoagulantes y aplicar colirios vasoconstrictores previos disminuyen su incidencia. Siendo un proceso autolimitado, si persiste requiere lavado de CA. La oclusión del implante aparece en un 3.8-8.8% de los casos. Es importante localizar la obstrucción. Si está en la porción visible en CA, es posible liberarla mediante láser YAG. Si está en la porción intraescleral o subconjuntival requiere reintervención. La ampolla hiperfiltración se sospecha ante hipotonía con ampolla formada sin seidel. Si fracasa el tratamiento conservador, se plantea tratamiento quirúrgico. La técnica «Dry- Lake» es una técnica sencilla, segura y fácilmente reproducible.

P61.- Uso de la válvula de Ahmed FP8 en adultos con glaucoma de ángulo abierto refractario

Dres.: Leire Olazaran Gamboa, Juan Carlos Pinto-Bonilla, Ana Jiménez Alonso, Araceli Alcaine Soler, Iñigo Salmeron Garmendia, Nerea Gangoitia Gorrotxategi, Ana Sofía Argüelles, Ane Galarza López

Hospital Universitario de Navarra. Navarra

Objetivos. Presentar dos casos clínicos de glaucoma de ángulo abierto refractario al tratamiento médico y/o quirúrgico, manejados mediante la implantación de válvula de Ahmed modelo FP8, tradicionalmente destinada a uso pediátrico, destacando su utilidad en adultos con desafíos anatómicos.

Material y Métodos. Caso 1. Mujer de 80 años con glaucoma avanzado de ángulo abierto, con antecedentes de dispositivo XEN y válvula de Ahmed FP7 en el ojo derecho, bajo tratamiento hipotensor máximo. Debido a su longitud axial corta, se decidió implantar una válvula Ahmed FP8 en el ojo izquierdo. Caso 2. Varón de 79 años con glaucoma avanzado de ángulo abierto y mal control de la presión intraocular en el ojo izquierdo a pesar de tratamiento hipotensor máximo. La implantación de una válvula Ahmed FP8 fue seleccionada debido a la limitada viabilidad conjuntival y blefarofimosis.

Resultados. Ambos pacientes lograron un control sostenido de la presión intraocular utilizando tratamiento hipotensor adicional de dos principios activos, con seguimiento de un año en el primer caso y seis meses en el segundo.

Conclusiones. La válvula de Ahmed está indicada en casos de glaucoma refractario al tratamiento quirúrgico convencional o en aquellos con alto riesgo de fracaso tras una cirugía filtrante. Se dispone de dos modelos de diferente tamaño: el FP8, diseñado para uso pediátrico, y el FP7, destinado a pacientes adultos. El modelo FP8, aunque diseñado para uso pediátrico, ofrece ventajas específicas en adultos con longitud axial corta o disponibilidad limitada de conjuntiva viable, permitiendo un cierre conjuntival más eficiente y resultados comparables en control de presión intraocular y tasas de éxito quirúrgico frente al modelo FP7.

P62.- Tratamiento paradójico tras contusión ocular: Implante de válvula de Ahmed y reparación de hendidura de diálisis.

Dres.: Blanca Bajén Espuña, Selena Muñoz Muñoz, Antonio Moreno Valladares, Nieves Puerto Amorós
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete

Caso: Presentamos el caso de una contusión ocular con pelota de frontón que acude de urgencia con MAVC de bultos, edema corneal, hipema completo y PISO de 60 mmHg. Con tratamiento tópico y sistémico hipotensor, la córnea e hipema mejoran parcialmente, sin cambios en la PIO. La ecografía objetiva hemovítreo y luxación del cristalino por lo que se decide realizar Vitrectomía Pars Plana, además de gonioscopia intraoperatoria. Se objetiva una hendidura de diálisis (HD) de 2 horas a nivel temporal superior. Ante la sospecha del efecto hipotensor de la ciclodíalisis, se descarta cirugía filtrante asociada. En los días post VPP la PIO se mantuvo >50 mmHg con tratamiento máximo hipotensor, por lo que se programó un implante de Válvula de Ahmed, con PIOs de 12 y 10 mmHg las 2 semanas siguientes, mejoría subjetiva y MAVC 0.3. La 3ª semana post válvula la PIO desciende a 3 mmHg, con córnea transparente, cámara amplia, y signos de hipotonía macular severos. Decidimos reparar la HD con mejoría de signos hipotónicos y PÍO que baja de 30 y 24 mmHg post reparación inmediata, a 13 y 14 mmHg en las semanas siguientes. El paciente está sin tratamiento y la OCT muestra mejoría de los signos hipotónicos.

Discusión: se conoce que una contusión ocular es motivo de hiper e hipotensión, pudiendo ser severas si se asocia a una recesión angular o una HD, además de otros factores corticoideos, inflamatorios y hemorrágicos. Desconocemos porque la HD no produjo hipotensión en un primer momento y después sí. Ante la duda de si reparar la hendidura o retirar la Válvula de Ahmed para tratar la hipotonía, optamos por la reparación, teniendo en cuenta que la válvula no funciona <6 mmHg y presentaba cifras de 2 mmHg (PIO previo al implante de drenaje >50 mg). Nos resulta paradójico el haber realizado 2 técnicas contrapuestas en un mismo ojo, pero hemos actuado según las cifras extremas de PIO (60 y 2 mmHg) con el objetivo de normalizarlas, dado que ambas mantenidas en el tiempo causan un daño irreversible.

P63.- Resolución de 3 casos clínicos de ciclodíalisis traumática con ciclofotocoagulación con láser diodo continuo

Dres.: Javier Pérez Esquivá, Claudia Andino Angulo, Francisco Ruiz Tolosa
Centro de Oftalmología Barraquer. Barcelona

Casos clínicos Presentamos una serie de 3 casos clínicos de ciclodíalisis traumática causadas por contusiones provocadas por pelotas de pádel. Los 3 pacientes, dos varones y una mujer, de entre 40 y 50 años, acudieron a urgencias con dolor y visión borrosa tras recibir el traumatismo. En la exploración oftalmoscópica se constató una presión intraocular (PIO) disminuida por tonometría de Goldmann, y en la biomicroscopía un aplanamiento de la cámara anterior, además de una maculopa-

tía hipotónica en dos de ellos. Se les realizó tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (OCT-SA) mostrando ciclodíálisis de más de 3 horas de extensión en los 3 casos, tanto a nivel nasal como temporal, presentando uno de ellos también a nivel superior e inferior. Como primera línea de tratamiento, se le pautó colirio de atropina 3 veces al día, sin resolución del cuadro constatado por OCT-SA, además de persistir con una PIO baja. Se decide entonces realizar ciclofotocoagulación con láser diodo transescleral, con posterior inyección subconjuntival de betametasona, provocando la resolución del cuadro entre 3 y 4 semanas tras la intervención.

Discusión La ciclodíálisis traumática es la separación del músculo ciliar del espón del esclerol causada tras un traumatismo contuso, creando una vía accesorio por la que se drena humor acuoso provocando hipotonía ocular. El tratamiento para las ciclodíálisis traumáticas es amplio, desde fármacos relajantes del músculo ciliar como la atropina, hasta ciclopexia quirúrgica. La ciclofotocoagulación con láser diodo transescleral se considera un tratamiento de segunda línea en casos no respondedores a tratamiento farmacológico siendo de fácil colocación, poco invasivo y permite el cierre de ciclodíálisis de tamaño variable.

P64.- Eficacia y seguridad a largo plazo de la cirugía de esclerectomía profunda no perforante

Dres.: Paula Terrado Blanco, Asier Amenabar Alonso, Iñaki Rodríguez-Aguirretxe, Teresa Paraíso Plana, Sergio Pinar-Sueiro

Hospital Universitario Donostia. Guipúzcoa

64.- Eficacia y Seguridad A Largo Plazo De La Cirugía De Esclerectomía Profunda No Perforante

Dres.: Paula Terrado Blanco, Asier Amenabar Alonso, Iñaki Rodríguez-Aguirretxe, Teresa Paraíso Plana, Sergio Pinar-Sueiro

Hospital Universitario Donostia. Guipúzcoa

Objetivos: Definir la eficacia y seguridad a largo plazo de la esclerectomía profunda no perforante (EPNP), así como la tasa de complicaciones intra/postoperatorias.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional en el periodo 2015-2020 en el Hospital Universitario Donostia.

Resultados: un total de 264 ojos. Edad media de 76 años. La longitud axial media era de 24mm. Los tipos de glaucoma más frecuentes fueron: primario de ángulo abierto (40%), pigmentario (28%) y pseudoexfoliativo (19%). El 61% de los ojos eran fáquicos, y al 52% se les realizó cirugía (Cx) de faco-EPNP, siendo el 47% EPNP aisladas. La tasa de complicaciones intraoperatorias fue del 0% y 6,7% en el postoperatorio. Previo a la Cx, el equivalente esférico (EE) medio era de -0,11D y el astigmatismo de -1,18D. Al mes tras la Cx el EE era de -0,02D y el astigmatismo medio de -1,78D. La presión intraocular (PIO) preoperatoria media era de 20,6 mmHg, la desviación media (DM) -13,62, índice de campo visual (VFI) 63% y capa de fibras nerviosas retinianas (CFNR) 64 micras. Al año tras la Cx la DM fue de -13,42, VFI 63% y CFNR 67 micras. La PIO tras 1 día de la Cx descendió a 13 mmHg, manteniéndose esa cifra a los 24 meses. La media de principios activos se redujo de 2,64 (preoperatorio) a 0,56 a los 24 meses post Cx. La agudeza visual (AV) preoperatoria media (0,2 logMAR) se mantuvo a los 24 meses tras la Cx. El 50,3% de los ojos precisaron gonio punción y el 5,2% un nuevo procedimiento hipotensor.

Conclusiones: la cirugía EPNP es eficaz a largo plazo y segura para reducir la PIO y el número de hipotensores tópicos, ayudando a mantener la CFNR, VFI y DM, siendo las venopunciones un tratamiento adyuvante eficaz.