



39^o CONGRESO.
secoir



LIBRO DE RESÚMENES

Comunicaciones en Póster





MISCELÁNEA

CP01 ENROJECIMIENTO OCULAR: PERSPECTIVAS DEL OFTALMÓLOGO SOBRE EL PANORAMA TERAPÉUTICO Y NECESIDADES INSATISFECHAS

Jorge L Alió Sanz, Joel Fain, Katie Forster, Sara Savar, Georgina Tickler, Saskia Aguado

Objetivos: Este estudio cualitativo explora el enrojecimiento ocular (EO), dolencia médica frecuente causada por reacciones de vasodilatación en la conjuntiva, sus opciones de tratamiento, y las necesidades no cubiertas. En concreto, busca entender las experiencias de los oftalmólogos que tratan el EO, su satisfacción y preferencias por los tratamientos disponibles, incluyendo tartrato de brimonidina 0,25 mg/ml, un descongestionante ocular recientemente disponible para prescripción en Europa.

Método: Se ha elaborado una guía semiestructurada de entrevistas sobre el EO basada en una revisión bibliográfica dirigida. Las entrevistas se realizaron a ocho oftalmólogos de España (N = 4) y Portugal (N = 4) con experiencia en la prescripción de diferentes tratamientos para el EO, como lubricantes oculares, descongestionantes oculares, antihistamínicos y brimonidina 0,25 mg/ml para el tratamiento del EO. Se preguntó a los oftalmólogos sobre su experiencia explorando y tratando el EO. Se trataron las causas del EO, factores que influyen en las decisiones del tratamiento, necesidades de tratamiento no cubiertas, así como satisfacción y preferencias por tratamientos para el EO. Además, se preguntó a los oftalmólogos por sus motivos para adoptar brimonidina 0,25 mg/ml en la práctica clínica y su comparación con otros tratamientos para el EO. Las entrevistas, de 60 min de duración, se realizaron mediante videoconferencia, se grabaron, se transcribieron palabra por palabra y se analizaron mediante análisis de contenido. Este estudio fue revisado y recibió la exención de revisión ética completa por el Institutional Review Board del WCG.

Resultados: Los participantes tenían 3-35 años de experiencia tratando el EO y habían atendido a 25-160 pacientes con esta afección en el último mes. Notificaron que las opciones de tratamiento para el EO eran limitadas, teniendo los tratamientos preexistentes varios inconvenientes, como efecto rebote, toxicidad local, taquifilaxia e irritación ocular asociada a los conservantes. Los oftalmólogos encontraron que brimonidina 0,25 mg/ml era eficaz y ofrecía un alivio rápido del EO. También señalaron varias ventajas de brimonidina 0,25 mg/ml con respecto a tratamientos preexistentes, como una reducción del riesgo de rebote del enrojecimiento y taquifilaxia. Además, los oftalmólogos indicaron que los pacientes estaban satisfechos con la eficacia de brimonidina 0,25 mg/ml en la reducción del EO, lo que mejoraba su autoestima y calidad de vida. También se discutieron las limitaciones de brimonidina 0,25 mg/ml, destacando la importancia de determinar la etiología del EO para tratar la causa subyacente, en lugar de enmascararla tratando los síntomas. Se discutieron los requisitos de prescripción como factor limitante para el acceso al fármaco, lo que dificulta el acceso de los pacientes a una atención continua por motivos logísticos o económicos.

Conclusiones: Los resultados de este estudio destacan las necesidades no cubiertas del panorama terapéutico para el EO. Brimonidina 0,25 mg/ml ofrece una solución eficaz y rápida que responde a las necesidades clínicas y estéticas de los pacientes con EO, con el potencial de mejorar su autoestima y calidad de vida. Debido a la ausencia de taquifilaxia y rebote del enrojecimiento, puede ser un tratamiento preferido para el EO en comparación con tratamientos preexistentes. Cuando el EO es un síntoma de una causa subyacente, brimonidina 0,25 mg/ml supone una opción complementaria bien tolerada. Los oftalmólogos son cautos para no descuidar la etiología del EO, y sugieren que esto puede controlarse mediante las consultas necesarias para la prescripción repetida de brimonidina 0,25 mg/ml. En general, consideran brimonidina 0,25 mg/ml como una opción importante de tratamiento para el EO aislado y un tratamiento complementario clave para afecciones subyacentes como la enfermedad de ojo seco o el glaucoma.



MISCELÁNEA

CP02 QUIMIOTERAPIA TÓPICA COMO TRATAMIENTO ÚNICO EN LAS NEOPLASIAS CONJUNTIVALES INTRAEPITELIALES

Carmen Rocío Corzo Fernández, Neyla Carolina Esaá Caride, Laura Blanca Alfaya Muñoz, Diego Armando Díaz Aguirre, Julia Fernández Payá, Crisanto Manuel Alonso Álvarez

Objetivos: El tratamiento clásico de la neoplasia conjuntival intraepitelial es la exéresis completa con márgenes de seguridad amplios y crioterapia. Hoy sabemos que puede ser tratada con la misma eficacia de forma médica con colirios quimioterápicos. De los distintos fármacos disponibles el interferón alfa 2b a dosis de 1 millón de IU/ mL 4 veces al día de forma continuada hasta resolución es el que presenta un mejor perfil de seguridad con excelente tolerancia y mínimos efectos adversos.

Método: Estudio descriptivo y reporte de un caso.

Resultados: Presentamos el caso de un paciente de 80 años que consulta por tumoración conjuntival limbar extensa de crecimiento lentamente progresivo. Se realizan tinción con lisamina, OCTSA y citología de impresión que confirman el diagnóstico de CIN. Se decide iniciar tratamiento único con colirio de interferon alfa 2b en pauta estándar. En las siguientes revisiones se objetiva una reducción progresiva de la tumoración hasta su resolución completa cinco meses después, momento en el cual se suspende el fármaco. Seis meses después no ha presentado recidiva ni complicaciones secundarias al tratamiento empleado.

Conclusiones: La neoplasia intraepitelial conjuntival es la tumoración más frecuente de la superficie ocular. La quimioterapia tópica es igual de eficaz a la cirugía en el tratamiento de las lesiones primarias y consigue tasas similares de recurrencia. Además presenta las ventajas de tratar la totalidad de la superficie ocular, la enfermedad microscópica o subclínica y estar exenta de las complicaciones postquirúrgicas como infección, cicatrización y déficit de células madre limbares.



MISCELÁNEA

CP03 QUERATOCONJUNTIVITIS MENINGOCÓCICA PRIMARIA (QCMP): A PROPÓSITO DE UN CASO

Diego Armando Díaz Aguirre, Diego Armando Díaz Aguirre, Carmen Rocío Corzo Fernández, Julia Fernández Payá, Iratxe Lander Mata, María Aller Moro

Objetivos: La conjuntivitis meningocócica primaria (CMP) es una entidad rara. Su presentación más frecuente es como una conjuntivitis hiperaguda con intensa reacción inflamatoria y abundante secreción purulenta. Los pacientes con CMP tratados únicamente con tratamiento tópico tienen un riesgo más elevado (46%) de desarrollar una enfermedad meningocócica invasora, lo que implica la necesidad de antibioterapia sistémica. Nuestro objetivo es presentar un caso clínico de QCMP evaluado en nuestro servicio.

Método: Reporte de un caso. Paciente masculino de 39 años que consultó por cuadro de 6 horas de evolución de dolor y secreción en ojo derecho (OD). A la exploración presentó una agudeza visual (AV) de 1.0, hiperemia moderada, folículos tarsales y secreción mucosa. Se pautó tratamiento sintomático con lágrimas artificiales y medidas de higiene y se diagnóstico de probable conjuntivitis viral. EL paciente acudió al segundo día por empeoramiento de su sintomatología. La AV del OD fue de 0.2, la BM mostró hiperemia intensa, secreción purulenta, abundantes infiltrados periféricos, queratitis difusa y algunos pliegues endoteliales. Se tomó cultivo de exudado conjuntival por sospecha de origen gonocócico, por lo que se pautó azitromicina monodosis oral, ceftriaxona intramuscular, colirio de azitromicina y ciprofloxacino horario.

Resultados: El resultado de exudado conjuntival fue positivo para Neisseria meningitidis sensible a ciprofloxacino y cefotaxima.

Conclusiones: Se debe considerar la posibilidad de una CMP en niños con conjuntivitis de presentación hiperaguda. En nuestro caso por la edad del paciente se planteó primeramente una conjuntivitis por gonococo, por ser ésta la causa bacteriana más prevalente en este rango etáreo.

En estos casos está indicada la recogida de muestra para estudios microbiológicos con el fin de establecer el agente causal, la sensibilidad antibiótica y las medidas terapéuticas más adecuadas.

El tratamiento de la CMP debe incluir antibioterapia sistémica para evitar el desarrollo de enfermedad invasora, así como la administración de quimioprofilaxis a los contactos próximos.



MISCELÁNEA

CP04 ESTRATEGIAS CLÍNICAS PARA EL SÍNDROME DE COGAN-REESE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON MELANOMA DE IRIS

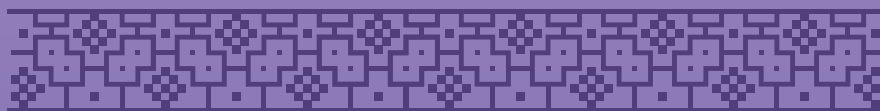
Elia de Esteban Maciñeira, Manuel Francisco Bande Rodríguez, María Teresa Rodríguez Ares, María Jesús López Valladares, Rosario Touriño Peralba, María José Blanco Teijeiro

Objetivos: Investigar un caso de Síndrome de Cogan-Reese, enfocándose en su diagnóstico y tratamiento para mejorar el entendimiento y los resultados visuales de esta rara condición oftalmológica.

Método: Se estudia el caso de una mujer de 86 años sin antecedentes oftalmológicos. Se realizaron pruebas básicas de diagnóstico como examen de agudeza visual, biomicroscopia y gonioscopia, complementadas con ultrasonido biomicroscópico (BMU) para una evaluación detallada.

Resultados: Diagnóstico de tensión ocular elevada a 35 mmHg y visión limitada al movimiento de manos en el ojo izquierdo. La evaluación reveló lesión iridiana pigmentada, cámara anterior tranquila, pupila regular y catarata corticonuclear; además de excavación papilar severa y drusas en la retina. La OCT mostró pérdida de células ganglionares. La gonioscopia evidenció dispersión pigmentaria y cierre angular $>180^\circ$. A pesar de la sospecha inicial de melanoma de iris, el BMU y la citología descartaron malignidad, confirmando un nevus difuso de iris. El tratamiento con medicamentos y ciclofotocoagulación transescleral no redujo la presión ocular ni detuvo el avance del cierre angular. La progresión del daño al nervio óptico y el edema corneal limitaron cualquier mejora visual, llevando a un estado irreversible de pérdida de visión y cambios estructurales en el ojo.

Conclusiones: Este caso subraya la relevancia de identificar precozmente y gestionar de forma integrada el Síndrome de Cogan-Reese para evitar la pérdida de visión permanente. Destaca, además, el papel crucial de la BMU para excluir el melanoma en situaciones de lesiones iridianas pigmentadas, demostrando su valor en el diagnóstico diferencial. Es vital considerar este síndrome ante signos como heterocromía, lesiones pigmentadas en el iris y elevación de la presión intraocular.



MISCELÁNEA

CP05 MELANOSIS CONJUNTIVAL ADQUIRIDA PRIMARIA Y LENTIGO MALIGNO PALPEBRAL. UNA RARA ASOCIACIÓN TRATADA CON COLIRIO DE INTERFERÓN α 2B

María Fernández García, Marta Álvarez Coronado, Paloma Rozas Reyes,
Begoña Baamonde Arbaiza, Ana Señaris González

Objetivos: Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico de melanosis conjuntival adquirida primaria con atipia moderada y lentigo maligno palpebral. Dada la extensión de la lesión conjuntival y las características generales del paciente se decide realizar tratamiento primario con colirio de interferón α 2B.

Método: Paciente de 80 años conocido de nuestro servicio por presentar glaucoma, inicia una conjuntivitis cicatrizante de etiología desconocida y gran componente inflamatorio con intolerancia a multitud de colirios. Durante una revisión se observan cambios en una melanosis conjuntival conocida, tanto en tamaño como en número de focos, con afectación de conjuntiva tarsal y de párpado superior e inferior. Se realiza una biopsia en MAPA de las lesiones conjuntivales y de la pigmentación palpebral con diagnóstico de melanosis conjuntival adquirida primaria con atipia moderada y de lentigo maligno palpebral. Dada la extensión de la lesión y las características descritas del paciente se decide tratamiento primario con colirio de interferón α 2B 4 veces al día de forma continuada.

Resultados: Tras 20 semanas de tratamiento se observa una reducción de las lesiones pigmentadas conjuntivales, así como del componente inflamatorio cicatrizante que presentaba el paciente por lo que se decide suspender el tratamiento con colirio de interferón α 2B y seguimiento estrecho para poder detectar cambios, con buena evolución.

Conclusiones: El tratamiento del melanoma lentigo maligno y de la melanosis adquirida primaria con atipia supone reto terapéutico, sobre todo en aquellos pacientes con afectación extensa en los que no se puede realizar una excisión quirúrgica completa. Existe en la literatura numerosas alternativas de tratamiento en estos casos, aunque no está clara la pauta ni la duración de estos, parece que el colirio más efectivo es el de mitomicina, sin embargo, presenta una toxicidad elevada en la superficie ocular por lo que el colirio de interferón α 2B, con mejor tolerancia, podría ser una alternativa eficaz.



MISCELÁNEA

CP06 EXANTEMA MUCOCUTÁNEO INDUCIDO POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE (MIRM: MYCOPLASMA INDUCED RASH AND MUCOSITIS): A PROPÓSITO DE UN CASO

Julia Fernández Payá, Rocío Corzo Fernández, Diego Díaz Aguirre, María Aller Moro, Iratxe Lander Mata, Crisanto Alonso Álvarez

Objetivos: El *Mycoplasma pneumoniae* es un microorganismo ampliamente distribuido que afecta principalmente al tracto respiratorio y es causante del 40% de neumonías atípicas. En un 25% aparece el denominado MIRM, un exantema de piel y mucosas; oral, genital y conjuntival. Con manifestaciones similares al Síndrome de Stevens Johnson (SSJ) y el Eritema multiforme (EM), pero con distinto manejo y pronóstico. Nuestro objetivo es presentar esta entidad a propósito de un caso de nuestro servicio de Oftalmología.

Método: Paciente varón de 12 años con cuadro de infección de vías respiratorias y mucositis que es ingresado en Pediatría de nuestro hospital por mal estado general y dificultad para la ingesta. Se realiza una PCR de exudado nasofaríngeo en la que se objetiva como microorganismo causante el *Mycoplasma pneumoniae*. A nivel mucocutáneo el paciente presenta lesiones cutáneas progresivas máculo-papulosas y vesículo-costrosas de aspecto violáceo-purpúrico en cara, tronco, extremidades (sin afectación palmo-plantar) y en región genital. En nuestra exploración ocular objetivamos hipere-mia conjuntival moderada y úlceras superficiales parcheadas afectando a toda la conjuntiva bulbar de ambos ojos, sin afectación a otro nivel. Por lo que dada la agresividad del cuadro se decidió iniciar terapia combinada con corticoides tópicos (con inicio cada 3 horas con posterior pauta descendente) y colirio de insulina. Además de colirio de tobramicina y productos para la hidratación ocular en forma de colirios y pomadas. Como tratamiento sistémico el paciente recibió por parte de Pediatría primero Azitromicina oral y posteriormente durante el ingreso inició tratamiento con corticoides intravenosos en pauta descendente.

Resultados: Tras 11 días el paciente presentó mejoría a nivel sistémico y mucocutáneo, tanto a nivel oral, genital como ocular. Mostrando evolución favorable tras inicio del tratamiento. Las erosiones conjuntivales fueron disminuyendo y alejándose de limbo esclero-corneal hasta resolución completa de las mismas. Sin aparición de isquemia límbica, afectación corneal o bridas de simbléfaron durante el episodio.

Conclusiones: El MIRM es una forma de presentación de *Mycoplasma pneumoniae* poco frecuente. A pesar de la similitud clínica con el SSJ o el EM debemos sospechar de esta patología en aquellos pacientes, principalmente adolescentes, que presentan predominio de afectación de mucosas frente a afectación cutánea, y en los que se objetiva una infección por *Mycoplasma pneumoniae*. Dicha diferenciación es importante dado el diferente manejo terapéutico y pronóstico. La evolución de los pacientes con MIRM suele ser favorable con tratamiento basado en antibioterapia con macrólidos, medidas de soporte e inmunomoduladores y con tratamiento tópico y seguimiento estrecho por parte de Oftalmología y Dermatología. Presentando dicha patología buen pronóstico sin secuelas ni recurrencias.



MISCELÁNEA

CP07 QUERATOCONJUNTIVITIS SEVERA UNILATERAL REFRACTARIA A TRATAMIENTO EN PACIENTE CON SÍNDROME DE PÁRPADO FLÁCCIDO

Blanca García-Valcárcel González, Lucía Ibares Frías

Objetivos: Recordar las características clínicas del Síndrome de párpado flácido, su aproximación diagnóstica y terapéutica, así como la importancia de realizar un correcto diagnóstico diferencial con otras causas de laxitud palpebral y queratoconjuntivitis

Método: Presentamos un caso de queratitis severa unilateral refractaria a tratamiento tópico intensivo.

Se realiza revisión detallada de la historia clínica del paciente y de la iconografía realizada durante el seguimiento.

Resultados: Paciente de 68 años con antecedentes de: polimiositis con afectación cardiaca que requirió trasplante cardiaco. En tratamiento con doble inmunosupresión oral: micofenolato y tacrolimus.

Remitido por queratitis refractaria a tratamiento: colirios de ciclosporina al 0.05% e insulina, pautas de rescate con colirio de dexametasona y doxiciclina oral.

MAVC OD 0.3, OI 0.7. BMC: OD conjuntiva muy laxa, hiperemia moderada, queratitis punctata gruesa difusa, DGM, conjuntiva tarsal superior con reacción mixta y zonas de queratinización. Sensibilidad corneal conservada. OI no hiperemia, cornea con queratitis leve. AO hiperlaxitud palpebral marcada AO, mas acentuada en ojo derecho con verticalización de las pestañas superiores.

Test de Schirmer basal: 20 ambos ojos

Se descarta Síndrome de Sjogren y rosácea ocular

Se diagnostica de queratoconjuntivitis severa secundaria a Sme párpado flácido

Se instaura tratamiento con: tacrolimus ungüento al 0.03% por la noche, colirio de PRGF cada 4 horas y limpieza palpebral

Neumología confirma cuadro severo de apnea obstructiva del sueño que requiere uso de CPAP

Se realiza cirugía palpebral: acortamiento horizontal superior. Se observa mejoría de la queratoconjuntivitis que se mantiene en el tiempo

Conclusiones: El Síndrome de Párpado Laxo se define como una hiperlaxitud de párpados superiores, que se evierten con gran facilidad al elevarlos o traccionar levemente, unido al contacto con la almohada durante el sueño y acompañado de conjuntivitis papilar crónica superior. La mala función de las glándulas de Meibomio y la película lacrimal contribuyen a la queratoconjuntivitis.

Este traumatismo estimula la secreción de enzimas elastolíticas, y la apnea del sueño añadiría el síndrome de isquemia-reperfusión con aumento de metaloproteasas.

Los síntomas, como en nuestro caso, son más acusados del lado hacia el que duerme el paciente.

Conviene hacer diagnóstico diferencial con otras causas de laxitud palpebral y queratoconjuntivitis

El tratamiento inicial consiste en: lágrimas artificiales, pomada hidratante con oclusión nocturna, corregir la postura nocturna y utilizar el CPAP.

El tratamiento definitivo es quirúrgico, mediante un acortamiento horizontal del párpado.



MISCELÁNEA

CP08 AFAQUIA SIN SOPORTE CAPSULAR. ARTISAN RETROPUPILAR VS SOLEKO FIL SSF/ CARLEVALE. RESULTADOS REFRACTIVOS Y COMPLICACIONES

Pablo González de los Mártires, Gonzalo Guerrero Pérez, Iñigo Salmerón Garmendia, Leire Olazaran Gamboa, Enrique Borque Rodríguez-Maimón, José Andonegui Navarro

Objetivos: Comparar los resultados refractivos y complicaciones de la lente de anclaje escleral sin suturas Soleko FIL SSF/Carlevale respecto a los implantes de fijación iridiana retropupilar con lente Artisan en pacientes con afaquia sin soporte capsular.

Método: Estudio observacional retrospectivo en el Hospital Universitario de Navarra (HUN) con pacientes incluidos de enero 2021 a marzo 2022. Se analizaron los resultados refractivos [MAVC al mes, 6, 12 meses; astigmatismo previo, post-quirúrgico e inducido por cirugía; diferencia entre equivalente esférico previsto en biometría (SRK[®]/T) y el post-quirúrgico a los 12 meses] y las complicaciones asociadas tras la intervención.

Resultados: Se incluyeron 12 pacientes en el grupo Artisan (A) y 12 pacientes en el grupo Carlevale (C). A los 6 meses, no hubo diferencias estadísticamente significativas respecto a la MAVC (Artisan: 0.26 ± 0.67 LogMAR; Carlevale: 0.28 ± 0.64 LogMAR; $p: 0.79$). El astigmatismo inducido por la cirugía fue menor en el grupo Carlevale ($-0,27 \pm 0,38D$) respecto al grupo Artisan ($-1,12 \pm 0,94D$), siendo esta disimilitud estadísticamente significativa ($p: 0,008$). La diferencia entre el equivalente esférico previsto por la biometría y el resultante a los 12 meses fue menor y, por tanto, más favorable al tender más a cero, en el grupo Artisan ($-0,21 \pm 0,41D$) respecto al grupo Carlevale ($-0,54 \pm 0,58D$), aunque sin significación estadística entre ambos datos ($p: 0,128$). En cuanto a las complicaciones, destacan dos EMQ post-quirúrgicos (A: 1; C: 1), dos descompensaciones corneales (A: 1; C: 1), una subluxación (A: 1) y una extrusión de hápticos (C: 1).

Conclusiones: Menor astigmatismo inducido quirúrgicamente en los paciente con implante Soleko FIL SSF/Carlevale, respecto a aquellos con Artisan retropupilar, manteniendo agudezas visuales comparables. Similar desviación del «target» refractivo, algo mayor en el grupo Carlevale, así como del número y entidad de complicaciones asociadas.



MISCELÁNEA

CP09 APLICACIÓN DE LA BIOMICROSCOPIA ULTRASÓNICA EN EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME UGH: A PROPÓSITO DE UN CASO

Olga González Velasco, Elia De Esteban Maciñeira, Manuel Francisco Bande Rodríguez, María José Blanco Teijeiro

Objetivos: Este estudio tiene como objetivo describir el diagnóstico mediante biomicroscopía ultrasónica (BMU) de un caso de síndrome de Uveítis-Glaucoma-Hipema (UGH) en un paciente que ha sido sometido a facoemulsificación con implantación de lente intraocular y trabeculectomía.

Método: Presentamos un caso clínico de un hombre de 79 años con antecedentes de trabeculectomía bilateral para tratar un glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA) y facoemulsificación con implantación de lente intraocular (LIO) en ambos ojos. El paciente estaba bajo tratamiento con simbrinza cada 24 horas en el ojo izquierdo.

Resultados: Seis meses después de la intervención quirúrgica combinada de catarata y trabeculectomía en el ojo izquierdo, el paciente experimentó una pérdida transitoria de la agudeza visual (AV) durante una hora y media, que luego se recuperó. La evaluación mostró una AV en el ojo izquierdo de 1.0, aunque con dificultad, pupilas normorreactivas y una presión intraocular de 21 mmHg en el ojo derecho y 17 mmHg en el ojo izquierdo. La biomicroscopía de polo anterior indicó un Tyndall +++ de pigmento y sugirió una inclinación de la LIO en el ojo izquierdo. Los exámenes del ojo derecho y del fondo de ojo fueron normales. La gonioscopia y la OCT de cámara anterior no aportaron datos definitivos. Mediante la biomicroscopía ultrasónica anterior, se observó que uno de los hápticos de la LIO en el ojo izquierdo estaba fuera del saco capsular, en contacto con el endotelio del iris. Este hallazgo llevó al diagnóstico de síndrome UGH, procediéndose a la reubicación de la LIO en el saco capsular.

Conclusiones: El síndrome UGH se origina por el trauma mecánico provocado por una LIO mal posicionada que entra en contacto con estructuras circundantes, lo cual se manifiesta a través de defectos en la transiluminación iridiana, dispersión pigmentaria y aumento de la presión intraocular. La biomicroscopía ultrasónica (BMU) resulta ser una herramienta diagnóstica valiosa, ya que permite visualizar con precisión la posición de la LIO y su interacción con las estructuras adyacentes.



MISCELÁNEA

CP10 HIPEMA PERSISTENTE CON HIPERTENSIÓN OCULAR AGUDA EN UN PACIENTE DE RAZA NEGRA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Ana Hernaiz Cereceda, Jorge Monasterio Bel, Armando Gutiérrez Cuesta,
Esther Zarzosa Martín, Nuria Gajate Paniagua, Isaac Ruiz García

Objetivos: Presentar el caso de un varón de raza negra con hipema traumático persistente y su enfoque terapéutico antes y después del diagnóstico de enfermedad de células falciformes (ECF), atendiendo a las posibles complicaciones del tratamiento farmacológico y quirúrgico.

Método: Presentación de caso clínico de un paciente varón de raza negra de 12 años, sin antecedentes personales salvo traumatismo con una mesa en ojo derecho (OD) en las horas previas. La agudeza visual (AV) es de movimiento de manos en OD y en la exploración se aprecia edema corneal, hipema grado II con tyndall hemático y una presión intraocular (PIO) de 55 mmHg, sin signos de herida perforante. No es posible valorar el fondo de ojo, pero en la ecografía no se identifican signos de desprendimiento de retina o hemorragia vítrea. El tratamiento inicial incluye dexametasona, atropina, timolol, dorzolamida y brimonidina tópicos así como manitol y acetazolamida sistémicos sin lograr una PIO inferior a 35 mmHg.

Ante la ausencia de mejoría, se realiza estudio con hemograma y frotis que confirma ECF, con resultado de portador de Hb S en un 35.9%. Se retira el tratamiento con acetazolamida y manitol, así como brimonidina, y se realizan 2 sesiones de oxigenoterapia transcorneal con mejoría moderada del hipema y disminución de la PIO hasta 25 mmHg. Sin embargo, se produce nueva elevación de la PIO por lo que finalmente se decide intervención quirúrgica mediante lavado de cámara anterior (CA).

Resultados: Tras lavado de CA con suero mediante cánula de irrigación e introducción de una burbuja de aire para evitar la hipotonía y el sangrado posterior, la PIO se normaliza a 14 mmHg sin tratamiento hipotensor. En el momento actual la AV OD ha mejorado hasta 0.6, la PIO está en 12 mmHg, no hay evidencia de resangrado y el nervio óptico no muestra signos de neuropatía óptica glaucomatosa (NOG).

Conclusiones: Muchas son las controversias sobre el manejo óptimo del hipema traumático, especialmente asociado a ECF. Estos pacientes tienen mayor riesgo de hemorragia secundaria, elevación importante de la PIO y NOG. Por tanto, el tratamiento debe ir dirigido al control de la PIO. Los agentes hiperosmolares y los inhibidores de la anhidrasa carbónica (IAC) deben usarse con precaución y la intervención quirúrgica se recomienda con un umbral de PIO inferior, aunque hay que considerar el riesgo de resangrado que condiciona peor pronóstico. En nuestro caso, pese a la retirada del manitol e IAC se precisó de intervención quirúrgica. En pacientes de raza negra con hipema hay que descartar la ECF para un manejo adecuado evitando potenciales complicaciones. Ante la ausencia de pautas estandarizadas y evidencia suficiente es determinante un buen criterio médico en cuanto al uso de fármacos y el momento de intervención quirúrgica en cada caso.



MISCELÁNEA

CP11 LINFEDEMA CONJUNTIVAL ASOCIADO A LINFEDEMA PRIMARIO DE MIEMBROS INFERIORES

Silvia Hernández García, María Victoria Del Amo Cardeñosa

Objetivos: Vamos a presentar el caso de un varón de 29 años que acude a la consulta para valoración de «bolitas blancas» en la conjuntiva de ambos ojos desde los 17 años. En 2019 fue intervenido de cirugía refractiva mediante la implantación de ICL en ambos ojos, en el postoperatorio comenzó con quemosis en ambos ojos que no se resuelve con ningún tratamiento. Está en tratamiento con Brimvera cada 12h y Dexafree a demanda que es el tratamiento con el que menos sintomático se encuentra.

Método: En la exploración física se encuentra una agudeza visual de 1 en ambos ojos. En la BMA se aprecian bordes palpebrales fisiológicos, conjuntivas tarsales y bulbares superior e inferior normales. Bajo ambas conjuntivas bulbares nasal y temporal, en la zona interpalpebral, se aprecia un acúmulo de líquido blanquecino sin inflamación asociada. La presión intraocular era normal.

Finalmente se diagnostica de linfedema conjuntival asociado a linfedema primario precoz de extremidades inferiores, el paciente aporta un informe de linfogammagrafía donde se aprecia una agenesia de ganglios linfáticos en miembros inferiores (de rodilla hacia abajo).

Resultados: Se realiza una exéresis quirúrgica con recubrimiento de membrana amniótica con análisis anatomopatológico de la muestra.

Conclusiones: En la actualidad existen muy pocos casos publicados en la literatura y además la experiencia en el tratamiento de esta entidad es muy limitada.

La exéresis quirúrgica en este tipo de lesiones está indicada, pero pueden aparecer recurrencias. Estaría indicada en pacientes que a pesar del tratamiento médico sigan muy sintomáticos como es el caso de nuestro paciente, con fluctuaciones a lo largo del día de la quemosis y que se acentuaban tras el ejercicio, muy incapacitante para el paciente.



MISCELÁNEA

CP12 PAPEL DEL N-BUTIL-CIANOCRILATO EN EL MANEJO DE PERFORACIONES CORNEALES EN LA URGENCIA

Ana Jiménez Alonso, Leire Olazaran Gamboa, Iñigo Salmerón Garmendia, Nerea Gangoitia Gorrotxategui, Ane Galarza López, Ana Sofía Argüelles

Objetivos: El objetivo principal es describir tres casos de perforación corneal tratados en el momento urgente con adhesivo tisular en el Hospital Universitario de Navarra (HUN).

El segundo propósito es describir el uso de n-butil-cianocrilato en Medicina y de forma más específica en Oftalmología.

Método: Se trata de una serie de tres casos clínicos a los que se intervino de forma urgente por presentar perforación corneal. En los tres casos, se organizó un quirófano de urgencia, bajo anestesia local y sedación en dos casos y anestesia general en el tercero. Se empleó el adhesivo tisular n-butil-cianocrilato en su forma tópica (Dermabond) como parte del material quirúrgico reparador.

Resultados: Varón de 88 años remitido por absceso corneal en ojo derecho (OD). OD ojo único funcional con agudeza visual (AV) previa de 0.1, glaucoma terminal en ojo izquierdo (OI). En biomicroscopía (BMC) se aprecia perforación corneal central de 1,5 mm de diámetro, cámara anterior (CA) I-II.

Varón de 86 años en seguimiento por úlcera neurotrófica en OD. Entre los antecedentes, traumatismo perforante en ambos ojos (AO) con 40 años, ceguera legal AO. Acude a Urgencias por dolor en OD. En BMC se aprecia microperforación central con CA formada.

Varón de 83 años acude por úlcera corneal en OI. En tratamiento con Eylea pauta fija de 10 semanas por degeneración macular asociada a la edad (DMAE) exudativa en OI. Ojo único funcional OI, AV previa 0.1. En BMC, absceso corneal con perforación <3mm central y atalamia.

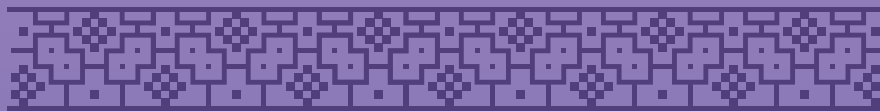
En los dos primeros casos, se cierra la perforación con cianocrilato más lente de contacto terapéutica (LCT). En el último caso, también parche de polietileno. Tras la cirugía se inicia tratamiento con colirios de Vancomicina y Ceftazidima. Se proponen cirugías definitivas. Sólomente el segundo paciente accede a queratoplastia penetrante (QPP) tectónica con botón de 6.5 mm. Los tres casos presentan buena evolución anatómica posterior.

Conclusiones: El n-butil-cianocrilato (Histoacryl) es un adhesivo tisular empleado para el cierre de heridas quirúrgicas y para la escleroterapia de varices esofágicas. En ficha técnica no está aprobado para su uso en Oftalmología. Sin embargo, su uso en perforaciones corneales, se ha asociado con una menor tasa de enucleación y mejores resultados visuales.

Las indicación principal son perforaciones corneales de hasta 3mm de diámetro, con el principal objetivo de estabilizar la cámara anterior y ganar tiempo de cara a otras medidas definitivas como QPP.

En microperforaciones menores a 0.25 mm se puede aplicar directamente el adhesivo tras desbridar el epitelio alrededor de la perforación y después añadir una LCT. En perforaciones hasta 3mm o asociadas a infección se requiere una técnica con parche de polietileno, que podemos obtener gracias a un trepano de piel utilizando el paño quirúrgico esteril.

Es aconsejable cobertura antibiotica mientras el adhesivo permanezca en posición.



MISCELÁNEA

CP13 BLOQUEO PUPILAR INVERSO DESPUÉS DE IMPLANTAR UNALENTE INTRAOCULAR CARLEVALE DE FIJACIÓN ESCLERAL SIN SUTURA

Mireia Minguell Barbero, Miriam Barbany Rodríguez, Celia Fusté Fusares, María Júlía Martínez Malizia, Irene Sassot Cladera, Sergi Moreno Ferrer

Objetivos: Evaluar los resultados postoperatorios de la implantación de una lente intraocular (LIO) Carlevale de fijación escleral sin sutura y discutir el bloqueo pupilar inverso como una posible complicación.

Método: Presentamos el caso de un paciente de 71 años con una subluxación inferior unilateral espontánea de la LIO y una mecha vítrea en la cámara anterior. Ante esto, se decidió explantar la LIO subluxada, se implantó una LIO Carlevale de fijación escleral sin sutura mediante la creación de colgajos esclerales y se realizó una vitrectomía posterior. Los resultados refractivos pre y postoperatorios y la presión intraocular (PIO) fueron evaluados. La posición y la inclinación del plano óptico de la lente se analizaron mediante biomicroscopía ultrasónica (UBM). También se completó el estudio con una tomografía de coherencia óptica (OCT) papilar y macular.

Resultados: La agudeza visual lejana postoperatoria del paciente mejoró. La PIO se mantuvo dentro de los límites normales y no se detectó ningún pico de hipertensión ocular a lo largo del seguimiento. En el postoperatorio se evidenció que el ojo presentaba una cámara anterior extremadamente profunda y que los hápticos de la LIO Carlevale estaban bien fijados en la esclerótica. El iris mostraba una configuración cóncava y la realización de la UBM detectó que la LIO hacía contacto con la superficie posterior del iris en varios sectores horarios. Por ello, se realizó una iridotomía periférica mediante láser YAG, tras lo cual el iris recuperó su posición normal. Los resultados de la OCT papilar y macular se mantuvieron dentro de la normalidad.

Conclusiones: La LIO Carlevale representa una opción adecuada y efectiva para el manejo de la afaquia y la luxación de la LIO en ausencia de soporte capsular. Se debe evaluar la necesidad de realizar iridotomías previas a la cirugía o, en su defecto, iridectomías intraoperatorias para prevenir un posible bloqueo pupilar inverso. Cuando ya se ha establecido el bloqueo pupilar inverso, la iridotomía periférica con láser es un procedimiento útil.



MISCELÁNEA

CP14 ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED CRÓNICA OCULAR: UN DESAFÍO TERAPÉUTICO

Mireia Minguell Barbero, Miriam Barbany Rodríguez, María Julia Martínez Malizia, Irene Sassot Cladera, Giorgio Lari, Marta Bové Guri

Objetivos: La enfermedad de injerto contra huésped (EICH) es la complicación más frecuente del trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas. Es una afección grave y puede afectar a múltiples órganos y tejidos. Basándonos en un caso real, revisaremos el curso clínico y el manejo de la enfermedad de injerto contra huésped crónica ocular (EICHo), ya que puede representar todo un desafío, especialmente en casos avanzados de la enfermedad.

Método: Presentamos el caso de una mujer de 60 años con leucemia linfoblástica aguda pre-B de alto riesgo que recibió un trasplante de médula ósea. Como consecuencia, presentó una EICH aguda y posteriormente crónica, respectivamente, con resolución clínica de todas sus formas excepto de la EICHo. En este caso, la EICHo se manifestó como alteraciones en la superficie ocular, la manifestación oftalmológica más común en la EICH. Específicamente, nuestra paciente tenía queratoconjuntivitis seca severa y conjuntivitis cicatricial, así como queratopatía en banda. El caso se estabilizó mediante una combinación de tratamientos médicos y quirúrgicos.

Resultados: La paciente, que padecía una queratoconjuntivitis seca grave secundaria a una EICHo, presentó una queratitis fúngica resistente al tratamiento tópico antifúngico intensivo. Finalmente, se controló la infección realizando una queratoplastia lamelar. Después de esto, desarrolló un defecto epitelial neurotrófico que tuvo que ser tratado con una combinación de lubricantes oculares, gotas de plasma rico en factores de crecimiento e inmunosupresores tópicos y sistémicos. También se realizó un recubrimiento con membrana amniótica junto con una tarsorrafia temporal. Al cabo de unos meses, debido a la formación de depósitos de calcio en el injerto y en las capas estromales profundas del receptor, se procedió a hacer una queratoplastia lamelar profunda pre-descemética, junto con recubrimiento de membrana amniótica y tarsorrafia temporal.

Conclusiones: La EICH ocular es un trastorno grave que requiere un manejo multidisciplinario y una combinación de diferentes terapias médicas y quirúrgicas, que deberán individualizarse dependiendo de la gravedad de la enfermedad. El diagnóstico y tratamiento precoz es fundamental para minimizar sus consecuencias.



MISCELÁNEA

CP15 CONJUNTIVITIS PAPILAR GIGANTE GRAVE INDUCIDA POR DUPILUMAB

Leire Olazaran Gamboa, Ana Jiménez Alonso, Olga Iturralde Errea, Lara Berástegui Arbeloa, Pablo González de los Mártires, Nerea Gangoitia Gorrotxategi

Objetivos: Dupilumab es un anticuerpo monoclonal que inhibe la señalización de la interleucina-4 e interleucina-13, aprobado para tratar condiciones atópicas, que incluyen dermatitis atópica, asma y rinosinusitis crónica con poliposis nasal. A pesar de su eficacia, ha sido asociado con efectos secundarios oculares como conjuntivitis, ojo seco, blefaritis, inflamación intraocular y conjuntivitis cicatrizante. El objetivo es presentar un caso de conjuntivitis papilar gigante debido a ese fármaco.

Método: Varón de 51 años con antecedente de asma grave en tratamiento con dupilumab desde febrero del 2023 (5 dosis), acude a urgencias por visión borrosa, fotofobia, dolor ocular y gran secreción mucosa en ambos ojos (AO). Presenta mejor agudeza visual corregida de 10/10 en AO. En la biomicroscopía se observa blefaritis mixta, hiperemia conjuntival, queratopatía punteada superficial y papilas de aspecto gigante, formando un gran empedrado, con secreción abundante en AO.

Resultados: El paciente no presenta mejoría a pesar de probar diferentes pautas de tratamiento tópico con lágrimas artificiales, fluorometolona (0.1%), prednisolona acetato, dexametasona, ketotifeno, azelastina hidrocloreuro (0.05%) y tacrolimus pomada (0.02%). Tras la administración de dosis elevadas de corticoesteroides intramuscular (triamcinolona acetónido 40mg), el paciente refiere gran mejoría sintomática y menos secreción. En la biomicroscopía se aprecia la resolución del empedrado conjuntival tarsal.

Conclusiones: Se trata de un caso de conjuntivitis papilar gigante grave asociada al uso de dupilumab por asma grave. Las manifestaciones oculares relacionadas a dupilumab se han observado principalmente en pacientes con dermatitis atópica, no tanto en asma, rinosinusitis crónica con pólipos nasales y esofagitis eosinofílica. Realizar exploración oftalmológica previa a la administración del fármaco es clave para la detección precoz de posibles trastornos oculares concomitantes que pueden ser susceptibles a un tratamiento activo y que pueden influir en las decisiones terapéuticas subsiguientes. Estudios adicionales son necesarios para conocer si las manifestaciones oculares posteriores al tratamiento representan una exacerbación de la enfermedad atópica subyacente debido a interacciones con dupilumab o si ocurren como parte de una predisposición debido a la atopia subyacente.



MISCELÁNEA

CP16 PINEALOMA «ANISOMETRÓPICO»

Rafael Ponce Pérez-Bustamante, María Alonso Mancebo

Objetivos: Poner de manifiesto la importancia del oftalmólogo como profesional a la hora de comprobar la refracción de los niños

Método: Presentamos el caso de una niña de 11 años que nunca antes se había visto en oftalmología, derivada desde AP por presentar dolor de cabeza de meses de evolución que se acentuaba al estar en el colegio. Nos la derivan con sospecha de defecto de refracción + ambliopía del OD por detectar una anisometropía entre ambos ojos de -1 dioptría.

A la exploración llama la atención una mejor AV de 0.7 y una exoforia del OD que se neutraliza con unas 10 dP base interna. En la campimetría por confrontación parece que muestra una hemianopsia izquierda. Al realizar el fondo de ojo observamos una papila del OI normal y una papilitis hiperémica del OD.

Remitimos a urgencias de Pediatría de nuestro hospital.

Resultados: Se le realiza un TC y una RNM de cráneo donde se demuestra una LOE en región selar con alta sospecha de craneofaringioma además de HTIC. Ingresó la paciente y acaba siendo intervenida por neuroqx. que reseca el tumor y posiciona un dispositivo de drenaje ventricular por persistencia de resto tumoral que obstruye el agujero de Monro.

A nivel oftalmológico la paciente ha recuperado la unidad de visión en el OD quedando de manera residual una atrofia papilar sobre todo del OD y una hemianopsia izquierda

Conclusiones: Destacar la importancia de una buena anamnesis y exploración por parte de un oftalmólogo a la hora de atender una sospecha de problema refractivo ya que hay muchas causas que pueden cursar con disminución de la visión y no deberse de manera exclusiva a ésta.

La importancia de detectar problemas graves de manera precoz ya que una atención temprana y coordinada puede resolverse de manera satisfactoria y con óptimos resultados en el tiempo.



MISCELÁNEA

CP17 CONJUNTIVITIS EN CONTEXTO DE MUCOSITIS Y RASH INDUCIDO POR MICOPLASMA: SERIE DE TRES CASOS

Íñigo Salmerón Garmendia, Ana Jiménez Alonso, Nerea Gangoitia Gorrotxategi, Leire Olazaran Gamboa, Ane Galarza López, Lara Berastegui Arbeloa

Objetivos: *Mycoplasma pneumoniae* es una causa frecuente de neumonía atípica, que afecta fundamentalmente a niños mayores y adolescentes. En un 25% de los casos se asocia a manifestaciones extrapulmonares; destacamos el eritema multiforme, síndrome de Steven Jhonson y la necrólisis epidérmica tóxica. Presentamos tres casos clínicos en pacientes pediátricos que presentaron conjuntivitis en contexto de mucositis y rash inducido por micoplasma (MIRM).

Método: Presentamos tres casos clínicos de pacientes pediátricos que ingresaron con fiebre, conjuntivitis bilateral y gingivostomatitis de 48 horas de evolución. Los pacientes tenían edades entre los 8-11 años sin antecedentes personales médicos ni oftalmológicos de interés. Durante el ingreso desarrollaron neumonía atípica por micoplasma y empeoramiento agudo de la mucositis oral y conjuntivitis.

A la exploración oftalmológica presentaban agudezas visuales conservadas. En la lampara de hendidura presentaban hiperemia conjuntivas con focos microhemorrágicos en conjuntivas bulbar. El resto de la exploración del polo anterior, así como la exploración del fondo de ojo fueron normales. Uno de los casos presentó queratoconjuntivitis. Los cultivos de exudado conjuntivas fueron negativos en los tres casos al tratarse de un proceso inmunomediado.

Se realizó un seguimiento multidisciplinar de todos los casos. Fueron tratados con azitromicina 10 mg/kg/día y metilprednisolona 2 mg/kg/día endovenosa durante 10 días. Por nuestra parte, el tratamiento consistió en colirio de tobramicina, dexametasona y lágrimas artificiales demanda.

La evolución fue favorable sin secuelas tanto a nivel oftalmológico como sistémico.

Conclusiones: *Mycoplasma pneumoniae* suele causar frecuentemente infecciones respiratorias altas en pacientes pediátricos. En el 94% de los casos suelen producir manifestaciones extrapulmonares, siendo la más frecuente la afección mucocutánea.

La MIRM es un cuadro de fisiopatología autoinmune y curso clínico benigno de reciente descripción. Suelen presentar mucositis oral, genital y ocular con ausencia de desprendimiento cutáneo y afección menor al 10% de la superficie corporal, lo cual ayuda a realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades como el Síndrome de Steven Jhonson.



MISCELÁNEA

CP18 ¿SON LOS TATUAJES ESCLERALES UNA PRÁCTICA SEGURA? A PROPÓSITO DE UN CASO

Nuria Velasco-De Cos, Ekaterina Teslenko Vylegzhanin, Marta Álvarez Coronado,
María Fernández García, María de la Cruz Roa Reyes

Objetivos: A día de hoy es cada vez más frecuente encontrar personas con las conjuntivas de ambos ojos de diferentes tonalidades; se ha convertido en una práctica habitual inyectar pigmento en la superficie ocular de forma uni o bilateral, y en la mayoría de los casos no se realiza este procedimiento en un lugar certificado para ello. Por lo tanto, es importante analizar las consecuencias de esta nueva tendencia y si es segura o no a corto y largo plazo.

Método: Presentación de un caso y estudio de la literatura

Resultados: Presentamos el caso de una mujer de 27 años que acude al servicio de urgencias con pensamientos de desesperanza y autolesión, así como múltiples tatuajes por todo el cuerpo. Presentaba un estado de ansiedad elevado a pesar de la medicación prescrita, y solicitó ingreso hospitalario siendo derivada al servicio de oftalmología. A la exploración refiere una disminución progresiva de la agudeza visual en ambos ojos, sensación de presión y cefalea constante. Las manifestaciones clínicas comenzaron dos semanas antes del ingreso.

La agudeza visual corregida era de 20/25 y la Presión intraocular de 16 y 15 mmHg.

No había signos de inflamación de la cámara anterior ni anomalías del cristalino y la funduscopia era normal. Ambas conjuntivas bulbares mostraban un pigmento azulado que incluía planos profundos, así como una zona blanquecina que según el tatuador era un residuo de látex que había entrado con la inyección. También había una zona de adelgazamiento corneal temporal inferior en ambos ojos con captación positiva de fluoresceína. Se llevaron a cabo exámenes complementarios y se pautó tratamiento antibiótico y corticoideo. Con el paso de los días mejoró el estado de la superficie ocular y la salud mental de la paciente.

Conclusiones: La práctica habitual del tatuaje escleral suele asociarse a un perfil de paciente característico, es vital conocer las complicaciones a corto y largo plazo, como la infección intraocular o la perforación conjuntival, ya que la mayoría de las personas no son conscientes del alcance de los daños. Es labor de los profesionales informar sobre ellas y notificar casos para avanzar en el estudio de unas tendencias cada vez más comunes en nuestra sociedad.



CRISTALINO

CP19 PRECISIÓN DE LAS FÓRMULAS BIOMÉTRICAS EN CIRUGÍA DE CATARATAS CON LENTE MONOFOCAL

Hazem Alaskar Alani, Noelia Sánchez Liñan, Diego Cuevas Santamaría, Bassam Abou Jokh Rajab, Gracia Castro de Luna

Objetivos: Hoy en día, son muchas las fórmulas disponibles para el cálculo de la lente intraocular (LIO) (1). Normalmente, se recomienda el uso de cada fórmula en función de la longitud axial (2), pero ¿y para una LIO en particular? ¿Hay alguna fórmula que tenga mejor resultado refractivo?

El objetivo de este estudio fue investigar qué fórmula ha obtenido mayor rango de ojos con un residual por debajo de 0.50 Dioptrías de refracción al implantar la lente Asqelio® monofocal:

Método: Se realizó un diseño observacional de corte transversal a partir de datos recogidos en las historias clínicas de 365 pacientes intervenidos de catarata en el centro Oftalvist de Almería entre Enero de 2021-Septiembre de 2022. Se seleccionó solo un ojo de cada paciente. Los criterios de inclusión fueron: pacientes sin procedimientos quirúrgicos refractivos previos corneales, sin enfermedades corneales previas, sin antecedentes de cirugía intraocular previa y sin anomalías en la retina.

Resultados: En el grupo de $AL < 22\text{mm}$, la fórmula con mayor porcentaje de ojos dentro del rango de ± 0.5 fue la fórmula Kane seguida de la fórmula Barret y SRK/T.

En el grupo de $22 < AL < 25\text{ mm}$ la fórmula SRK/T tuvo el mejor porcentaje de ojos dentro del rango de ± 0.5 seguida de la fórmula Holladay I.

En el grupo de $AL \geq 25\text{ mm}$ tanto la fórmula Kane como la fórmula Haigis y Hoffer Q obtuvieron los mejores resultados.

Conclusiones: La fórmula Kane ha demostrado ser la más fiable y efectiva en el cálculo refractivo de esta lente para ojos cortos y largo. Aunque obtuvo un elevado porcentaje en ojos normales, otras fórmulas, como SRK/T o Holladay I, fueron más eficaces. No obstante, de forma general, es la fórmula que mejores resultados ha obtenido en éste estudio para la lente implantada.



CRISTALINO

CP20 CONTUSIÓN CRISTALINIANA. LA IMPORTANCIA DE LA VISUALIZACIÓN DIRECTA DEL SEGMENTO ANTERIOR

Esther Rivera Ruiz, Esther López Artero, Félix González López, Ronald Sánchez Ávila, María Teresa Álvarez García

Objetivos: Visualización y caracterización del segmento anterior mediante la nueva tecnología CA-SIA2 Swept-source tomografía de coherencia óptica.

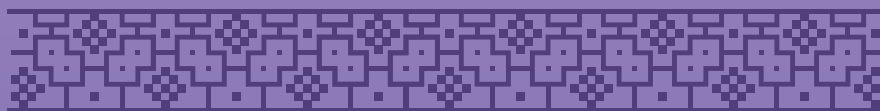
Método: Se ha analizado el caso de una paciente que tras recibir un traumatismo con una pelota refiere pérdida de agudeza visual en su ojo izquierdo de un mes de evolución; se realiza graduación, exploración en lámpara de hendidura, OCT de segmento posterior, análisis de segmento posterior, topografía y CASIA2.

Resultados: A la exploración la paciente presenta:

- Graduación: OD AV espontánea 1; OI +0.5-2.5 a 135: 0,98; Se dispone de graduación de un año antes donde la paciente con su ojo izquierdo veía 1 espontánea.
- Exploración en lámpara: BCA, fáquica sin esclerosis, no Tyndall.
- OCT de segmento posterior y fondo de ojo: OCT macular normal y de nervio óptico normal. Fondo de ojo sin hallazgos, mácula normal y no presenta edema en ninguna localización.
- Topografía: Normal y simétrica entre ambos ojos, la topografía no muestra astigmatismo corneal en el ojo izquierdo con unos valores queratométricos en su OI de 44 a 110° y 44,25 a 20°.
- Se solicita un CASIA2 para valoración de cristalino: Se advierte una imagen de elevación localizada de cara anterior sin refuerzo posterior en posible relación con de retención de líquido y con elevación clara de dicha cara cristaliniana. El análisis de R de cara anterior del cristalino muestra Rs 7,50mm a 56 y Rf 11.20 a 146; un Tilt de 9,4° a 335° y un descentramiento 0,21 mm a 330°; la densidad del cristalino no se advierte aumentada. El estudio es repetido a los 3 meses mostrando resultados similares, no existió formación de catarata ni mejoría del astigmatismo inducido por cara anterior cristaliniana

Conclusiones: Se han descrito cambios refractivos tras traumatismo por reducción de CA e incremento en el diámetro cristaliniano medido por UBM (Seong Il Kim et al, 2007). Se presenta el primer caso descrito de contusión cristaliniana tras traumatismo con edema localizado, visualizable y medible en la curvatura de la cara anterior del cristalino, su afectación al tilt de la lente y su repercusión tanto en la AV como en el astigmatismo inducido en plano de gafa.

El uso de tecnología swept-source OCT (CASIA2) nos permite describir la forma, densidad y posición del cristalino de forma muy exacta y reproducible (Ze-xu Chen et al, 2021; Eduardo Martínez-Enriquez et al, 2016; Xuetong Wang et al, 2022) aspecto clave en la descripción morfológica del segmento anterior, y que nos abre una ventana al diagnóstico exacto de patología de segmento anterior, y su seguimiento en el tiempo.



CRISTALINO

CP21 RESULTADOS A LARGO PLAZO DE LA CIRUGÍA PRECOZ DE CATARATA CONGÉNITA SIN IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR

Marina García López, Eva Calpe, Santiago Tañá, Alejandro Alcaide, Gemma Julio, Rafael I Barraquer

Objetivos: La catarata congénita sigue siendo un motivo importante de discapacidad visual infantil, con una incidencia de 3 cada 10.000 recién nacidos. El resultado a largo plazo de la cirugía de cataratas en estos niños depende de múltiples factores, entre ellos, el óptimo manejo postoperatorio. El objetivo de este estudio describe el manejo funcional y los resultados a largo plazo tras la extracción de la catarata antes del año de edad y sin implante de LIO.

Método: Estudio retrospectivo de una serie de 11 ojos (3 cataratas congénitas unilaterales y 8 bilaterales) de 7 niños, pacientes del Centro de Oftalmología Barraquer (COB). Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico de catarata congénita y extracción antes de cumplir un año de edad. Se excluyeron aquellos casos con implantación de LIO primaria o secundaria a la extracción de catarata (n=67) y casos con seguimiento inferior a 5 años (n=20) (periodo más probable de implantación de LIO en el COB). La mejor agudeza visual corregida (BCVA, por sus siglas en inglés) se evaluó, según la edad del niño, mediante la prueba Teller, posteriormente convertida a decimal, o el optotipo de Snellen. Se consideró un manejo exitoso cuando la agudeza visual (AV) fue igual o superior a 0.4. También se registraron las correcciones ópticas (lentes de contacto y/o gafas), las oclusiones oculares realizadas en los casos con ambliopía y la presencia de otras alteraciones o patología ocular concomitante que pudiera limitar el pronóstico visual.

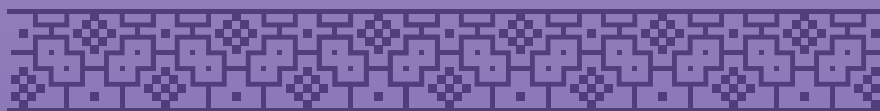
Resultados: Los 11 casos incluidos en este estudio tuvieron un seguimiento tras la cirugía de 10.5 ± 4 años (5-15 años). Tres tenían catarata unilateral y usaron lentes de contacto (SilsoftR, Bausch & Lomb) durante todo el seguimiento y 2 de ellos lo complementaron con gafas para visión próxima. En los casos bilaterales, ambos ojos fueron tratados mayoritariamente (6/8 ojos), de forma similar al descrito para los unilaterales. Uno de los pacientes con afaquia bilateral se corrigió exclusivamente con gafas, por una mala adaptación de la lentilla tras la cirugía de glaucoma.

En cuanto a la AV, todos los casos unilaterales presentaron al final del seguimiento una BCVA inferior a 0.4 (0.03 en 2 casos y 0.06). Todos ellos presentaron ambliopía y se prescribió oclusión del ojo contralateral (7 días, 3-4 h/día). La BCVA de los ojos contralaterales fue de 0.5, 0.85 y 1.4.

La mayoría de los casos bilaterales (6/8 ojos) alcanzaron una buena BCVA en uno de los ojos (0.4, 0.5 y 0.8), excepto el paciente con glaucoma. Las oclusiones no fueron necesarias en todos los casos bilaterales y la pauta fue menor (7 días, 1 h/día). Finalmente, 2/3 ojos unilaterales y 2 bilaterales (un paciente) presentaron estrabismo tratado con corrección prismática.

Conclusiones: La extracción de catarata congénita sin implante de LIO representa una opción minoritaria de manejo en estos pacientes. Sin embargo, suele escogerse esta opción cuando el paciente sigue un buen cumplimiento de las pautas de corrección, se siente cómodo y los resultados visuales son satisfactorios. Por otro lado, la opción más común de implantar una LIO no está exenta de posibles complicaciones.

Los resultados presentados en este estudio muestran, aunque en una muestra pequeña, que un buen manejo funcional permite obtener unos resultados similares a los que se obtienen tras el implante de LIO, según lo descrito en la bibliografía. Por otro lado, es importante tener en cuenta que la existencia de alguna patología ocular o alteración asociada puede influir negativamente en el pronóstico visual, independientemente del manejo considerado.



CRISTALINO

CP22 CIRUGÍA DE LA CATARATA EN NANOFTALMO BILATERAL

Guadalupe Garrido Ceca, Mariano Royo Sans, Laura Martínez García, Ángel Jiménez López

Objetivos: Es una enfermedad oftalmológica poco frecuente y una forma grave de microftalmia, caracterizada por un ojo pequeño con una longitud axial corta, hipermetropía magna y una alta incidencia de glaucoma de ángulo cerrado.

Los signos clínicos incluyen una longitud axial inferior a 20 mm, una esclerótica gruesa y anormalmente densa, engrosamiento del cristalino y de la coroides e hipermetropía magna (>+10,00 D). A pesar del tamaño, la funcionalidad y la organización ocular están conservadas.

Método: Presentamos el caso de una mujer de 46 años, en seguimiento por el Instituto Oftalmológico de Madrid desde el año 2000, por nanofthalmo bilateral con Glaucoma de Angulo Cerrado (G.A.C.) en tratamiento con colirios hipotensores, que acude a una revisión oftalmológica rutinaria manifestando disminución de la visión desde hace unos meses.

En la exploración oftalmológica presenta:

Agudeza visual de lejos (AVL) de 0.3 dif. en ojo derecho (OD) y de 0.3 en el ojo izquierdo (OI) con corrección y que no mejora cambiando la graduación.

Presión Intraocular de 24 mm.Hg. en OD y de 25 mm.Hg. en el OI.

Biomicroscopía y tomografía de segmento anterior se observa ángulo iridocorneal cerrado, con una iridotomía permeable y una cámara anterior de 0.00 mm. en el OD y de 0.77 mm. en el OI.

Los materiales usados para la exploración oftalmológica fueron: Tomógrafo Pentacam®, Microscopio Endotelial EM-3000®, dispositivo de medida para la agudeza visual (pantalla de optotipos), y material complementario para la realización de pruebas optométricas.

Resultados: Durante las diferentes revisiones, se controla la presión intraocular y se remite al equipo de retina para ser intervenida mediante de lensectomía vía pars plana y posteriormente calculo e implante de lente intraocular personalizada en un segundo acto quirúrgico.

Actualmente la paciente continúa en seguimiento y en tratamiento con hipotensores tópicos en gotas, y en vigilancia por el servicio de oftalmología.

Conclusiones: El principal diagnóstico diferencial del nanofthalmos es el microftalmos posterior.

El glaucoma de ángulo cerrado es un hallazgo constante en los pacientes con nanofthalmia, y ante el cierre completo de ángulo, la intervención mediante lensectomía vía pars plana es la manera más segura de abordarlo y liberar el contacto de iris con la córnea.



CRISTALINO

CP23 MÁS ALLÁ DE UNA SIMPLE LUXACIÓN

Iratxe Lander Mata, Neyla Carolina Esaá Caride, María Aller Moro, Julia Fernández Payá, Diego Armando Aguirre Díaz, Crisanto Alonso Álvarez

Objetivos: Sopesar la necesidad de actuación tanto médica como quirúrgica en el caso de una catarata crónica traumática sin potencial visual conocido, que se subluxa a cámara anterior de manera aguda. ¿Es necesario la actuación oftalmológica si no existe inflamación activa en el momento de la exploración?

Método: Paciente varón de 49 años acude al servicio de urgencias refiriendo aparición de mancha blanca en el ojo izquierdo. Entre sus antecedentes personales consta haber sufrido en 2005 un accidente laboral con politraumatismo asociando afectación ocular izquierda y parálisis facial secundaria a afectación del VIpc. Posteriormente se intervino de endotropía secundaria a la mononeuropatía del VIpc. Se informó al paciente de la pérdida funcional visual del ojo izquierdo, pero se logró mantener su estructura.

En la exploración en lámpara de hendidura se observó hiperemia ciliar leve, cornea transparente con catarata traumática hipermadura luxada a cámara anterior atrapada en eje pupilar y con contacto endotelial, que se corroboró con OCT-SA. Se registró una presión intraocular de 14 mmHg. Se realizó una ecografía ocular para evaluar el estado de la retina que desveló retina aplicada en cuatro cuadrantes, con imagen dudosa temporal, pero muy delimitada que asemejó más un engrosamiento de la hialoides a este nivel.

A pesar de la estabilidad ocular, los hallazgos clínicos nos alertaron de la posible evolución a inflamación ocular y descompensación corneal, que se traduce en un futuro no lejano en un ojo doloroso.

Resultados: Por ello se decidió iniciar tratamiento médico tópico para posteriormente plantear el tratamiento quirúrgico definitivo. Se puso tratamiento con un hipotensor para evitar el aumento de presión intraocular y ciclopléjico para relajar el iris e intentar la posible luxación posterior del cristalino con el propósito de cesar su contacto con el endotelio.

Posteriormente, se precisó de una actuación quirúrgica para evitar el uso de colirios y complicaciones en un futuro.

Se decidió manejo quirúrgico con vitrectomía asociado a facofragmentación de la catarata, resultando imposible por la dureza de la misma. Por lo tanto, se introdujo perfluorocarbono líquido, para facilitar la extracción intracapsular de la catarata. Se aplicó endolaser retiniano profiláctico y como tamponador se introdujo SF6 al 20%. Al tratarse de un ojo no funcional, con nulo potencial visual por atrofia óptica total, se dejó en afaquia.

En las revisión del mes se objetivó el resultado deseado: un ojo tranquilo con PIO controlada y retina aplicada.

Conclusiones: Este caso clínico arroja la duda en cuanto a manejo terapéutico de un ojo no funcional pero estructuralmente y estéticamente válido que puede o no, derivar en un ojo rojo doloroso con descompensación corneal y aumento brusco de tensión ocular si no se aborda. Es importante por lo tanto, tener en cuenta el posible desenlace futuro y actuar en correspondencia.



CRISTALINO

CP24 EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS VISUALES, REFRACTIVOS Y FUNCIONALES DESPUÉS DE LA IMPLANTACIÓN DE UNALENTE INTRAOCULAR DE PROFUNDIDAD DE FOCO EXTENDIDA EN PACIENTES CON GLAUCOMA LEVE Y ESTABLE

Gorka Lauzirika, Javier Aritz Urcola, Andrea Soto-Velasco, Ronald M Sánchez-Ávila, Carlota Fuente-García, Aitor Fernández-García

Objetivos: Describir los resultados visuales, refractivos, funcionales y de satisfacción del paciente de la LIO AcrySof™ IQ Vivity™ EDOF en pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA) leve.

Método: Se trata de un estudio ambispectivo, no intervencionista, descriptivo y transversal. Se incluyeron pacientes con GPAA leve (clasificación Hodapp-Parrish-Anderson), estable durante al menos 6 meses y LIO AcrySof™ IQ Vivity™ EDOF. Se utilizaron el campímetro Humphrey Field Analyzer III (Carl Zeiss Meditec, Dublin, CA, EE. UU.) y la tomografía de coherencia óptica Triton (Topcon, Japón) para evaluar los criterios de inclusión. En todos los casos, la fórmula utilizada para calcular el poder de la LIO fue Barrett Universal II. Los resultados refractivos y la agudeza visual de lejos, intermedia y de cerca se evaluaron a partir de los 3 meses después de la operación. Además, se evaluaron la sensibilidad al contraste binocular (CSV-1000, VectorVision), la curva de desenfoque binocular y la satisfacción del paciente con los cuestionarios de Satisfacción de la lente intraocular (IOLSAT) y el Cuestionario de alteraciones visuales (QUVID).

Resultados: Se incluyeron 72 AcrySof™ IQ Vivity™ de 36 pacientes. La edad media fue de $71,56 \pm 7,11$ años, el espesor medio de la capa de fibras nerviosas de la retina fue de $75,73 \pm 16,03$ μm , la PIO media fue de $16,22 \pm 3,39$ mmHg y los principios activos como tratamiento tópico fue de $0,79 \pm 0,94$. La agudeza visual lejana corregida binocular (CDVA), la agudeza visual intermedia corregida (DCIVA) y la agudeza visual cercana corregida (DCNVA) fue de $0,09 \pm 0,13$, $0,14 \pm 0,13$ y $0,24 \pm 0,11$ LogMAR respectivamente. El equivalente esférico postoperatorio fue $-0,29 \pm 0,36$ D. El 80,88% de los ojos estuvieron dentro de $\pm 0,5$ D y el 95,59% estuvieron dentro de $\pm 1,0$ D. La curva de desenfoque binocular muestra un pico de máxima agudeza visual en 0 D ($0,00 \pm 0,10$ LogMAR) con un decrecimiento suave a distancia intermedia (66 cm/-1,5 D) $0,12 \pm 0,10$ LogMAR y de cerca (40 cm/-2,5 D) $0,35 \pm 0,17$ LogMAR. La sensibilidad al contraste binocular muestra una disminución en las frecuencias espaciales altas. El IOLSat revela que, en condiciones de mucha luz, el 96,97%, el 100% y el 69,70% de los pacientes «Nunca» o «Rara vez» necesitan gafas de lejos, con el brazo extendido y de cerca, respectivamente; y según el QUVID el 97,06% de los pacientes no refieren zonas de sombra.

Conclusiones: La nueva LIO EDOF AcrySof™ IQ Vivity™ parece proporcionar buenos resultados visuales en visión lejana, intermedia y cercana, con una sensibilidad al contraste y una curva de desenfoque adecuadas y una baja tasa de alteraciones visuales en pacientes con GPAA leve y estable.



CRISTALINO

CP25 MINI-MONOVISIÓN EN CIRUGÍA DE LA CATARATA CON IMPLANTE DE LENTES INTRAOCULARES MONOFOCALES PLUS.

Fernando Llovet Osuna, Andrea Llovet Rausell, Jorge Navalón Tolosa, Jaime Moya Roca, Javier E. Coloma Bockos

Objetivos: Evaluar los resultados visuales y la satisfacción referida por los pacientes tras la cirugía de catarata con implante de lentes intraoculares monofocales plus asociando mini-monovisión.

Método: Estudio prospectivo multicéntrico en el que se incluyen una serie de casos a los que se les realizó cirugía bilateral secuencial diferida de cataratas e implante lente intracular monofocal plus RayOne EMV, asociando mini-monovisión. El objetivo refractivo fue de -1 en el ojo no dominante y emetropía en el ojo dominante. Se obtienen medidas de las agudezas visuales sin corrección finales, mono y binoculares, en lejos (UDVA), intermedia (UIVA) y cerca (UNVA) (4 m, 66 cms y 40 cms) respectivamente, tras un seguimiento de 3 meses. Los resultados percibidos por los pacientes (PRO) se valoran usando la versión española de CAT-QUEST 9SF.

Resultados: En 102 ojos de 51 pacientes, con una edad media de 72.7 años, 24 hombres y 27 mujeres.

La media logMAR binocular UDVA, UIVA y UNVA fue $0,02 \pm 0,11$, $0,24 \pm 0,14$ y $0,30 \pm 0,11$, respectivamente.

El equivalente esférico de refracción manifiesta final fue -0,1 D y -0,9 D para el ojo dominante y no dominante, respectivamente.

El 95 y 85 % de los pacientes manifestaron no tener ningún problema en visión lejana e intermedia, respectivamente, mientras que más de una cuarta parte de pacientes que no requieren gafas para tareas de cerca.

Ningún paciente consideró que su visión actual le causa de alguna manera dificultades en su vida diaria. Los pacientes informaron estar satisfechos con su visión y el 94% afirmó no tener dificultades en su visión nocturna. Todos los pacientes volverían a repetir el procedimiento quirúrgico. No se objetivó ningún evento adverso.

Conclusiones: El implante de LIO monofocal RayOne EMV mejorada, con mini-monovisión, proporcionó una excelente visión de lejos y una alta calidad de visión general. Se logró la independencia de gafas en un rango amplio de distancias, con alta satisfacción de los pacientes.



CRISTALINO

CP26 CAPSULOTOMÍA ANTERIOR PARA EL SÍNDROME DE BLOQUEO CAPSULAR POSTOPERATORIO PRECOZ: UN ENFOQUE EN LA IMAGEN SECUENCIAL CON OCT DE SEGMENTO ANTERIOR

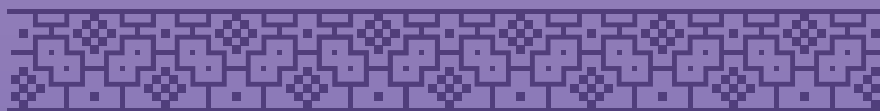
Pedro Moreira Martins, João Castro Cabanas, Ricardo Machado Soares

Objetivos: Describir las características clínicas, anatómicas e de imagenológicas, así como la respuesta al tratamiento del síndrome de bloqueo capsular posoperatorio precoce, una complicación poco común tras cirugía de cataratas.

Método: Informe de caso clínico observacional.

Resultados: Durante la cirugía de cataratas de una mujer de 53 años se observó una dilatación pupilar subóptima, lo que llevó al cirujano a emplear un viscoelástico cohesivo-dispersivo de mayor densidad (OphteisBio®1.6) para inducir viscomiadrisis. La cirugía transcurrió sin complicaciones, y se implantó una lente intraocular (LIO) RayOne®EMV dirigida a la emetropía. En el primer día posoperatorio, la paciente manifestó una agudeza visual a distancia reducida. Durante el examen, se observó reducción en la profundidad de la cámara anterior (PCA), con la capsulorrexis anterior que se superponía perfectamente al borde de la LIO. La LIO estaba separada de la cápsula posterior por un material líquido transparente, lo que se acompañó de un cambio miópico significativo. Tras una evaluación clínica e con tomografía de coherencia óptica del segmento anterior (AS-OCT), se propuso un diagnóstico de síndrome de bloqueo capsular posoperatorio precoce. Posteriormente, se llevó a cabo una capsulotomía anterior, que resultó en un aumento de la PCA y reducción de la separación entre la LIO y la cápsula posterior. Se detallan los hallazgos de las imágenes repetidas de OCT-SA, valores de refracción y los resultados en el seguimiento posoperatorio de 1 mes.

Conclusiones: El síndrome de bloqueo capsular posoperatorio precoce representa una complicación relativamente poco común de la cirugía de cataratas, con un estudio que estima su incidencia en menos del 1% entre los pacientes. Los cirujanos deben estar atentos a esta complicación rara, especialmente en casos que presenten un cambio miópico temprano después de una cirugía de cataratas sin complicaciones. El empleo de un enfoque estandarizado utilizando AS-OCT ayuda a confirmar el diagnóstico y evaluar la eficacia de las intervenciones terapéuticas.



CRISTALINO

CP27 RESULTADOS VISUALES INICIALES TRAS LA IMPLANTACIÓN DELENTE INTRAOCULAR TRIFOVAL AT ELANA 841P

Andrea Pastor Asensio, Luz María Torres Muñoz, Gemma Julio Morán, José Lamarca Mateu, Rafael Ignasi Barraquer Compte,

Objetivos: El uso de lentes intraoculares trifocales permite una mejor recuperación de la visión a todas las distancias tras la extracción del cristalino, sea refractiva o por catarata. La lente ELANA 841P (Carl Zeiss Meditec) supone una novedad en el grupo de ópticas trifocales refractivo-difractivas. Presentamos nuestra experiencia inicial con la misma.

Método: Estudio retrospectivo en una serie de 10 ojos, pacientes del Centro de Oftalmología Barraquer (COB) intervenidos de extracción de catarata por facoemulsificación, en ausencia de otras condiciones oculares o sistémicas que afectasen a la visión, así como de cirugías oculares previas. En todos ellos se implantó la lente citada, con potencia media de $21,35 \pm 3,46D$ ($13,5 - 24,5 D$).

Se excluyeron aquellos casos que presentaron complicaciones intraoperatorias o un seguimiento inferior a 1 mes. Se valoró la agudeza visual sin corrección (AVSC), los resultados refractivos y la mejor agudeza visual con corrección (AVCC), así como la calidad visual subjetiva de los pacientes al mes de la intervención.

La AVCC se evaluó mediante optotipos de Snellen en escala decimal, que se convirtieron a logMAR para los análisis.

Resultados: La edad media en el momento de la cirugía fue de $60,5 \pm 5,17$ años. En el preoperatorio, la AVSC media era de 0,23 (0,05-0,65) en escala decimal y la AVCC media lejana era de 0,97 (0,4-1,2) y la agudeza visual próxima (AVP) media con corrección (requerida en todos los casos) era de Radner (R) = 0,82 (0,5-1).

Al mes de la cirugía, la AVSC media era de 0,79 (0,6-1,25), mejorando significativamente ($p=0,004$; prueba t para datos pareados), y la AVCC media de 1,03 (0,85-1,25). Siete de los casos mejoraban su AVCC con corrección en la esfera ($0,78 \pm 0,22$) y 7 en el cilindro ($0,64 \pm 0,24$). La AVP sin corrección presentó una media de 0,71 (0,5-0,8). Sólo un ojo precisó adición para mejorar la AVP.

El índice de eficacia (media de AVSC postoperatoria /media de AVCC preoperatoria) al mes fue de 0,897. El índice de seguridad (media de AVCC postoperatoria/media de AVCC preoperatoria) al mes fue de 1,087.

Ningún paciente presentó complicaciones. 3 indicaron molestias visuales de tipo halos, 3 manifiestan problemas de deslumbramiento al conducir por la noche y uno presenta leve inestabilidad en la visión lejana.

Conclusiones: Los resultados iniciales con la lente intraocular AT ELANA 841P son favorables tanto en visión lejana como cercana, subjetivamente satisfactorios y permiten independencia en el uso de gafas. No obstante, serán necesarios estudios adicionales con un mayor tamaño de muestra y seguimiento más prolongado, de al menos 6 a 12 meses. Esto último permitirá evaluar la estabilidad de los resultados refractivos y visuales, así como la evolución de los fenómenos disfotópicos y su grado de regresión tras el periodo de neuroadaptación.



CRISTALINO

CP28 UTILIDAD DEL LÁSER DE FEMTOSEGUNDO EN LA CIRUGÍA SIMULTÁNEA DE CATARATA Y EXPLANTE DELENTE FÁQUICA TIPO ICL

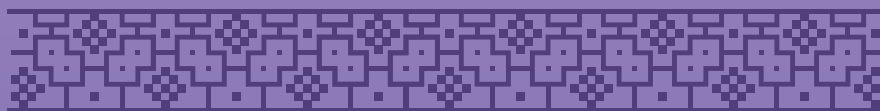
Olivia Rodríguez Quet, Scott Anderson García Pacheco, Daniela López Orellana, Teresa Salvá Palomeque, Luis Salvá Ladaria

Objetivos: Reportar la efectividad y seguridad de la cirugía de cataratas asistida por láser de femtosegundo (FLACS) con interfaz de inmersión líquida y detección automática de estructuras combinada con explante de lente fáquica de cámara posterior tipo ICL.

Método: Evaluamos tres ojos de tres pacientes con edades entre 50 y 59 años que presentaban ICL miópica en cámara posterior implantada entre 20 y 14 años antes y catarata visualmente significativa. La mejor agudeza visual corregida preoperatoria se encontraba entre 0.15 y 0.4 en escala decimal. El vault previo, medido mediante OCT de segmento anterior, se situó entre 39 y 293 μm . La capsulotomía y fragmentación se realizaron con láser femtosegundo con interfaz de inmersión líquida y guiado por OCT con detección automática de estructuras. En la programación de la capsulotomía láser se estableció un diámetro de 5.0 mm centrado en saco capsular escaneado con un patrón de fragmentación en sextantes con detección automática del tilt capsular. Se planificó el explante de ICL y posterior extracción de la catarata mediante facoemulsificación e implante de lente intraocular en saco. Se analizaron los resultados intraoperatorios y postoperatorios.

Resultados: El reconocimiento automático de córnea anterior, córnea posterior, saco capsular, limbo y pupila fue realizado de manera automática por el láser en los tres casos de manera correcta. La presencia del implante artificial fáquico ICL requirió la personalización del saco capsular anterior y pupila en los tres casos. La pupila fue centrada manualmente respecto a la ICL asegurando un camino óptico simétrico respecto a la curvatura y bordes de la misma, y la posición del saco capsular anterior en el eje Z fue modificada de manera manual para asegurar la correcta separación con la superficie posterior de la ICL. Tras la personalización de estructuras, el tratamiento aplicado mediante láser de femtosegundo se completó de forma exitosa en todos los casos. La posterior cirugía intraocular con explante de ICL, extracción de la catarata e implante de lente intraocular cursó sin incidencias y no se registraron complicaciones postquirúrgicas. Todos los casos mejoraron y alcanzaron su máxima agudeza visual.

Conclusiones: La aplicación del láser de femtosegundo en la cirugía de catarata (FLACS) combinada con explante de ICL es una técnica que aporta seguridad y buenos resultados refractivos. Presenta ventajas especialmente por la automatización de la capsulotomía y la fragmentación láser lo que disminuye las posibles complicaciones asociadas a este tipo de cirugía por la posible fibrosis capsular, debilidad zonular o recuento endotelial disminuido en estos casos. También, la interfaz láser de inmersión líquida minimiza el aumento de PIO intraoperatorio. En un ojo con ICL es necesario el ajuste manual de las estructuras, en concreto del saco capsular y la pupila. Adicionalmente es recomendable aumentar los márgenes de seguridad anterior y posterior para compensar cualquier discrepancia entre el láser y la OCT que potencialmente pueda inducirse por el material de la ICL. El método utilizado ha permitido realizar con seguridad y precisión el tratamiento.



CRISTALINO

CP29 RESULTADOS CLÍNICOS Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE DESPUÉS DE LA IMPLANTACIÓN BILATERAL DE LAS LENTES INTRAOCULARES DE RAYNER EMV TÓRIC

Mariano Royo Sans, Guadalupe Garrido Ceca, Ángel Jiménez López, Laura Martínez García

Objetivos: Investigar los resultados clínicos obtenidos de pacientes implantados bilateralmente con lentes intraoculares tóricas Rayner RayOne EMV (IOL).

Hospital San Rafael Servicio de Oftalmología, Madrid.

Método: La agudeza visual y la curva de desenfoco se monitorean con el optotipo EDTRS a 4 metros y una iluminación de 85 cd/m².

Sensibilidad al contraste utilizando la tabla CSV-1000HGT. A una distancia de 2,5 metros (8 pies) con frecuencias espaciales de 3, 6, 12 y 18 ciclos/grado.

Esta recopilación de datos prospectivos incluye un total de 12 ojos de 7 pacientes que han sido implantados con el Rayner RayOne EMV Toric IOL. Los datos estuvieron disponibles antes de la operación y 1 mes después de la operación. Los exámenes incluyeron refracción manifiesta, así como datos de agudeza visual monoculares y binoculares sobre la agudeza visual a distancia no corregida (UDVA), la agudeza visual intermedia no corregida (UIVA) y la agudeza visual cercana no corregida (UNVA). La evaluación de la agudeza visual corregida se realizó de forma monocular. Además, se obtuvieron resultados de la curva de desenfoco binocular y la sensibilidad al contraste. Para evaluar los resultados subjetivos, se preguntó a los pacientes sobre los fenómenos fóticos, la dependencia del espectáculo y la satisfacción general.

Resultados: El cilindro de manifiesto se redujo significativamente de $1,19 \pm 0,56$ D a $0,48 \pm 0,29$ D ($p=0,005$) con un 83 % que muestra un cilindro $\leq 0,5$ D. La media de UDVA monocular y binocular fue de $0,02 \pm 0,02$ y $0,01 \pm 0,02$ logMAR, respectivamente. El CDVA fue de $0,02 \pm 0,02$ logMAR. Los UIVA monoculares y binoculares fueron de $0,20 \pm 0,06$ y $0,18 \pm 0,05$ logMAR, respectivamente. Los resultados correspondientes de la UNVA fueron $0,37 \pm 0,10$ y $0,31 \pm 0,10$ logMAR, respectivamente. El rango de desenfoco ($\leq 0,2$ logMAR) está entre -1,5 D y +0,5 D y los resultados de sensibilidad al contraste están dentro de los valores normales de este grupo de edad. Todos los IOL eran estables y centrados sin observar la rotación. Ningun paciente informó de disfotopsia y el 100 % estaba satisfecho o muy satisfecho con su visión. 4 pacientes necesitaban gafas para tareas cercanas.

Conclusiones: Los resultados clínicos de 7 pacientes (12 ojos) implantados con el RayOne EMV Toric IOL muestran una reducción simultánea del cilindro de refracción y restauración de la agudeza visual en un amplio rango de distancia. La alta calidad visual se confirma por los resultados de sensibilidad al contraste cercanos a los resultados logrados con lentes monofocales y ningún paciente que informe sobre el halo o el deslumbramiento. En nuestra opinión, este IOL es una buena opción para pacientes con astigmatismo corneal preexistente que requiere una buena agudeza visual para distancias lejas e intermedias sin sacrificar la calidad visual. Como se trata de la recopilación de datos en curso, los últimos resultados se presentarán con más ojos implantados.



CÓRNEA

CP30 MEESMANN PARECE, TOXICIDAD ES

María Aller Moro, Rocío Corzo Fernández, Iratxe Lander Mata, Diego Díaz Aguirre, Julia Fernandez Payá, Crisanto Alonso Álvarez

Objetivos: A propósito de un caso clínico , comentar el diagnóstico diferencial entre Meesmann y toxicidad por lentes de contacto, siendo ambas dos patologías en las que observamos frecuentemente formaciones microquísticas , el signo más típico de la distrofia epitelial de Meesmann.

Método: Estudio descriptivo de un caso clínico. Mujer de 17 años , portadora de lentes de contacto sin otros antecedentes oftalmológicos de interés, que acudió a urgencias por sensación de cuerpo extraño y visión borrosa desde hace días . En la exploración se objetivó agudeza visual de 1.0 en ojo derecho y de 0.7 en ojo izquierdo con sus gafas . En la lámpara de hendidura se observaron opacidades puntiformes difusas confluentes así como microquistes centrales con tinción inversa de forma bilateral y asimétrica, más marcado en ojo izquierdo, resto normal. Se decidió tratar como una distrofia epitelial de Meesmann y se ofreció tratamiento con solución salina hipertónica , lágrimas artificiales y gel nocturno para lubricación ocular , además evitar el uso de las lentes de contacto. Acudió a consulta de córnea un mes después , donde a la exploración se comprueba buena agudeza visual con su corrección (0.9 y 1.0) y a la exploración en lámpara de hendidura se observó la desaparición de la mayoría de microquistes epiteliales , persistiendo solamenteequistes residuales en ojo derecho que no captaron fluoresceína y 2 quistes centrales y 3 quistes periféricos en ojo izquierdo, captando fluoresceína.

Resultados: Con esta evolución se comprobó que lo que simulaba una distrofia corneal era en realidad un efecto tóxico producido por el uso de lentillas. La distrofia corneal de Meesmann y la toxicidad por lentes de contacto comparten numerosos signos y síntomas como son la irritación ocular, sensación de Cuerpo extraño, dolor, lagrimeo o fotofobia. Alguno de los signos comunes son el ojo rojo o las complicaciones como la neovascularización corneal. Las diferencias entre estas entidades se tratan de resumir en la tabla 1, siendo principalmente la etiología, la evolución y simetría, la duración y el tratamiento (resumen contenido que iría en tabla en póster).

Conclusiones: Es necesario tener en mente estas diferencias para establecer un buen diagnóstico diferencial entre la distrofia epitelial de Meesmann y las complicaciones derivadas del uso de lentes de contacto , por sus implicaciones pronósticas y sus diferencias en cuanto a tratamiento.



CÓRNEA

CP31 «QUERATOPLASTIA EN CALIENTE»: TRATAMIENTO DE QUERATITIS POR FUSARIUM COMPLICADA

María Concepción Alonso Mancebo, Claudia Fraidias Hidalgo, Rafael Ponce Pérez-Bustamante, José Antonio Pérez Paniego, Juan Jesús Castro Ruiz

Objetivos: Exponer a través de un caso clínico la complejidad en el abordaje diagnóstico de las queratitis infecciosas de etiología fúngicas y su tratamiento escalonado, siendo la queratoplastia penetrante la última de las opciones a la hora de abordar esta patología.

Método: Presentamos el caso de una mujer de 70 años, portadora de lentes de contacto (LDC) en ojo derecho, diagnosticada de queratitis infecciosa. Se tomaron muestras para estudio microbiológico y se comenzó tratamiento empírico para queratitis bacteriana con colirios reforzados de Vancomicina y Ceftazidima. Ante la evolución tórpida de la paciente y a la espera de los resultados microbiológicos, se añade al tratamiento colirios de Clorhexidina y Brolene dada la sospecha de infección por Acanthamoeba.

En el cultivo microbiológico se detecta Fusarium, por lo que se inicia tratamiento con colirio de Voriconazol 1% y Anfotericina B 0.05%, asociado a tratamiento sistémico con Isavuconazol 200 mg cada 8 horas. Se administra inyección intracamerular e intraestromal de Voriconazol 0.1 ml asociado a RTPA.

A pesar de tratamiento intensivo, la paciente presenta empeoramiento clínico y se evidencia inicio de melting corneal, por lo que se decide queratoplastia penetrante (QPP) en caliente para evitar la evisceración.

Resultados: La técnica quirúrgica de la QPP en caliente consiste en lavado abundante de cámara anterior con povidona yodada 5% y punch-trépano de 8.5 mm y sutura con puntos sueltos nylon 10/0, asociando Cefuroxima intracamerular, Anfotericina B y Voriconazol intracamerular.

Se demuestra resistencia a azoles por parte del Fusarium, de modo que se modifica el tratamiento tópico a Natamicina 5% y Anfotericina B 0.05% asociado a Ciclosporina 0.1%, manteniendo las inyecciones intracamerulares de Anfotericina B y RTPA (hasta 5 inyecciones).

La evolución clínica es favorable, logrando la erradicación completa de la infección. Actualmente la paciente está estable, no ha presentado recidiva de la infección y presenta una AV de 0.6 con esteopeico.

Conclusiones: La queratitis fúngica es una entidad poco común dentro de las queratitis infecciosas. Suponen un reto diagnóstico y terapéutico, siendo el patógeno más común el Fusarium.

El diagnóstico precoz es imprescindible, basado en la exploración clínica, prestando atención a los signos y síntomas característicos, y en el estudio microbiológico mediante PCR.

Esta entidad requiere un tratamiento complejo, precisando una combinación de fármacos tópicos y sistémicos. Cerca de un tercio de los casos, los más severos, precisan una QPP como última opción terapéutica siendo hasta un 9% los casos que pueden presentar fracaso del injerto y recidiva de la infección.



CÓRNEA

CP32 LEUCOMA CON PLIEGUES EN EL FLAP TRAS LASIK TRATADO CON PTK

Nuria Alonso Santander, María Izquierdo Pérez, Ana Hernáiz Cereceda, Teresa Toledo Arizón, Begoña de Damas Mateache, Sergio Ares Chao

Objetivos: Presentar el caso de una paciente que a las 14 horas de realizarse un LASIK (láser assisted in situ keratomileusis) visión combinada en ojo derecho (OD) se erosionó el flap, partiendo por la mitad el epitelio desde la bisagra que requirió varios tratamientos.

Método: La paciente presentaba una refracción en OD preoperatoria de -1.25, -0.5 a 95* con una agudeza de 0.94 y una queratometría media de 44 dioptrías, -0.5 a 112*. Tras la erosión que dividió plegando en dos el epitelio del flap, requirió reposicionar quirúrgicamente las dos partes de la desepitelización sin pérdida de sustancia y colocar una lente de contacto terapéutica. Las visiones fueron mejorando el primer mes hasta 0.8 (escala decimal) pero en las semanas posteriores la visión fue de nuevo disminuyendo al aparecer un leucoma central lineal en eje visual con pliegues. El leucoma profundizaba de 76 micras en el centro a 120 micras en la periferia. La visión bajó a 0.6 y se trató con queratectomía fototerapéutica (PTK) de 50 micras y tras revisar en lámpara de hendidura se decidió ampliar en el mismo acto de PTK a otras 50 micras para hacer desaparecer totalmente el leucoma y los pliegues del flap. Tras la eliminación de las 100 micras superficiales con la PTK, se realizó una ablación láser de +1,50 dioptrías corrigiendo así la refracción residual que presentaba la paciente junto con la hipermetropía que conocemos que induce la PTK. En el postoperatorio inmediato cursó con normalidad presentando un episodio de queratitis punteada su

Resultados: Tras la epitelización la paciente presenta recuperación de agudezas visuales. Las imágenes topográficas y por tomografía de coherencia óptica (OCT) muestran la recuperación anatómica.

Conclusiones: Consideramos que la PTK es una técnica segura y efectiva para el tratamiento de las complicaciones del flap además de ser mínimamente invasiva.



CÓRNEA

CP33 QUERATITIS INFECCIOSA AGUDA TRAS IMPLANTE DE SEGMENTOS ANULARES INTRACORNEALES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Cristina Arbó Bascuñana, Cristina Arbó Bascuñana, Rafael Ignacio Barraquer Compte

Objetivos: Revisar los hallazgos clínicos y manejo de un paciente que desarrolló queratitis infecciosa tras la implantación de segmentos anulares intracorneales (SAIC).

Método: Varón de 34 años, sometido a un implante de SAIC por queratocono, acude al hospital en otro país (Reino Unido) una semana más tarde con dolor intenso y enrojecimiento ocular, siendo diagnosticado de queratitis infecciosa. Se procedió al explante de SAIC, la toma de muestras para cultivo y la inyección intraestromal de antibiótico. El paciente regresó de nuevo a nuestro centro y a la exploración se constataron infiltrados corneales de aspecto bacteriano asociados a una importante queratolisis, especialmente en la zona de tunelización del anillo. En la tomografía de segmento anterior se apreció un gran absceso corneal con ectasia secundaria. Se realizó de nuevo la toma de cultivo corneal y se administró una segunda dosis de antibióticos intraestromales. El resultado del cultivo fue positivo para crecimiento de *Estafilococo aureus*. Posteriormente, se instauró tratamiento combinado de antibióticos tópicos, incluyendo vancomicina reforzada y cefuroxima, así como flucoxacilina y doxiciclina vía oral. Ante el empeoramiento clínico, se optó por realizar una queratoplastia penetrante en caliente dos semanas después de la cirugía inicial con SAIC, lo que supuso la resolución del cuadro infeccioso.

Resultados: La agudeza visual corregida tras el implante de SAIC alcanzó 20/40. Sin embargo, después de la queratoplastia penetrante se mantuvo en 20/50. A los seis meses de seguimiento, el paciente desarrolló signos de rechazo corneal, que resolvieron con tratamiento corticoideo, dejando una opacidad corneal central considerable. La visión permaneció estable en 20/130 tras dos años de seguimiento.

Conclusiones: La queratitis infecciosa tras implante de SAIC es una complicación severa e infrecuente. La mayoría ocurren en el postoperatorio temprano. Los cocos grampositivos son los agentes infecciosos más comúnmente aislados. Aunque algunos autores prefieren el explante de los anillos como primera línea de tratamiento, la terapia antibiótica tópica se ha descrito como suficiente en la mayoría de los casos reportados. En casos no respondedores al tratamiento o con riesgo de perforación, debemos considerar la realización de una queratoplastia penetrante. Es fundamental educar a los pacientes sobre los síntomas de alarma y la necesidad de seguimiento postoperatorio estrecho para evitar este tipo de complicación.



CÓRNEA

CP34 QUERATITIS MICÓTICA POR SCEDOPORIUM: UN RETO TERAPÉUTICO

Carla Arteaga Henríquez, Manuel Sánchez-Gijón González-Moro, Denisse Ángel Pereira, Luis Reyes Gallardo, David López Delgado, Andrés Blasco

Objetivos: Describir el manejo de un caso severo de queratitis micótica por *Scedosporium*, así como sus controversias.

Método: Se reporta un caso de un paciente varón de 53 años que presenta queratitis micótica por *Scedosporium* en ojo derecho de evolución tórpida.

Resultados: El paciente acude a Urgencias por úlcera corneal de evolución tórpida secundaria a cuerpo extraño corneal. Se presenta con agudeza visual de bultos, absceso corneal central y blanquecino que afectaba a eje visual, edema estromal asociado y nivel de hipopion de 1.7 mm, sin afectación vítrea. Se toma muestra para cultivo que, al cabo de semanas, resulta positivo para *Scedosporium*, por lo que se inicia tratamiento con colirio voriconazol 10 mg/ml, dado que no se dispone en ese momento de colirio de natamicina 5%. Un mes más tarde y, ante la ausencia de mejoría clínica, se opta por realizar queratoplastia penetrante (QPP) en caliente con buen resultado postoperatorio. Al mes, el paciente presenta recidiva de la queratitis fúngica. Ante la ausencia de respuesta al tratamiento antifúngico tópico y sistémico con voriconazol, se realiza nueva QPP en caliente, esta vez, asociando ocho inyecciones intracamerulares e intraestromales de voriconazol 50 mcg/0.1 ml cada 48 horas, ciclosporina 1% y clorhexidina 0.2% tópica, y evitando corticoides. Una vez disponible el colirio natamicina 5%, se sustituye el colirio voriconazol 10 mg/ml por el mismo, observándose entonces mejoría importante y resolución total del cuadro infeccioso hasta la fecha.

Conclusiones: La queratitis micótica por *Scedosporium* se considera una entidad muy rara, pero cada vez más frecuente en nuestro medio. Las especies del género *Scedosporium* presentan un perfil de sensibilidad a los antifúngicos habituales limitado. Por ello, su manejo resulta un reto para el clínico.

El tratamiento tópico con natamicina 5% se ha descrito como la opción terapéutica más efectiva en estos casos.

Las inyecciones intracamerulares e intraestromales de voriconazol 50 mcg/0.1 ml resultan una alternativa terapéutica para casos en los que no se disponga de natamicina tópica de forma inmediata, y se podría plantear como terapia puente.



CÓRNEA

CP35 USO DE MEMBRANA AMNIÓTICA HUMANA LIOFILIZADA PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE LA SUPERFICIE OCULAR. SERIE DE CASOS

Javier Avilés Prieto, María Gessa Sorroche, Francisco Ángel Morilla

Objetivos: Informar de los resultados del uso de membrana amniótica humana liofilizada en la reconstrucción de la superficie ocular de diversas etiologías y efectos secundarios.

Método: Serie de casos de 6 pacientes con patologías de la superficie ocular tratados con implantación de membrana amniótica liofilizada. Las principales medidas de resultado fueron la agudeza visual, la respuesta curativa de los defectos epiteliales y la integración de la membrana medida mediante OCT.

La membrana amniótica se recortó en función del tamaño de la lesión de la superficie ocular, se colocó sobre el defecto de la superficie ocular con el epitelio hacia arriba (incrustación) y se suturó durante 2 semanas.

Resultados: Un total de 6 pacientes (4 hombres, 2 mujeres) entre 63 y 96 años (76 +/-10).

Diagnóstico clínico: 2 queratopatía en banda, 3 OSSN, 1 úlcera neurotrófica.

Seguimiento medio 18 meses (rango 11 a 26).

Todos los ojos mostraron disminución del tamaño de los defectos epiteliales y cicatrización epitelial corneal completa en el momento de la disolución de la membrana amniótica (tiempo medio: 2 semanas).

La visión mejoró en el 66% de la población del estudio y permaneció estable en el 16%.

No se observaron efectos secundarios.

Conclusiones: Lyophilized amniotic membrane which can be easily applied in surgery for ocular surface reconstruction

With an excellent biocompatibility, it is an alternative to cryopreserved amniotic membrane transplantation or conjunctival flaps

Advantages versus cryopreserved AM are: sterilization, easy transport and storage, preparation before surgery not needed, quick surgery, work on dry surface, preservation of bulbar superior conjunctiva for future surgeries

It has demonstrated efficacy in corneal epithelium healing without any complications

We recommend its use as an alternative to cryopreserved amniotic membrane for ocular surface reconstructive surgery.



CÓRNEA

CP36 IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR FÁQUICA (ICL) EN PACIENTE CON QUERATOCONO BILATERAL OPERADO DE SEGMENTOS INTRACORNEALES

Alejandro Bonmatí Echevarría, Margarita Cabanás Jiménez, Celia Leal Camarena

Objetivos: Evaluar la corrección de altas ametropías en pacientes con queratocono utilizando lentes intraoculares fáquicas ICL y conocer la importancia de ofrecer a los pacientes con queratocono un amplio abanico de posibilidades terapéuticas intermedias que han logrado enlentecer la enfermedad conservando una buena calidad visual a lo largo de la vida del paciente.

Método: Paciente varón de 23 años con queratocono bilateral grado II/III en Pentacam. Presenta una agudeza visual (AV) inicialmente de 0.12 que mejora a 0.42 con el agujero estenopeico en ojo derecho (OD) y 0.7 que no mejora en ojo izquierdo (OI). Resto de la exploración normal. Se realizó implante de segmentos intracorneales (SIC) en OD de 210/250 micras con zona óptica (ZO) de 6 mm en febrero de 2019. Después de implantarse SIC en OD se observó una mejora de la AV en OD a 0.46 que mejora a 0.7 con un Pentacam estable con cono centrado. OI sin progresión. Refracción manifiesta: -5 -1.25 a 75° en OD y -1.25 -0.75 a 20° en OI. En la keratometría se obtienen los siguientes valores: OD: 51 / 52.75 OI: 42 / 44.75. Paquimetría: 537 / 507.

Se recomendó posteriormente adaptar una lente de contacto escleral en OD y una lente de contacto blanda en OI, pero el paciente no las toleraba por lo que utilizaba gafas refiriendo ver cómodamente pero sin llegar a la visión completa.

En las siguientes revisiones el paciente continuó con topografía estable con revisiones cada 6-8 meses.

Una vez estabilizada la córnea, se decidió implante de ICL en ambos ojos para tratar de mejorar la AV hasta 1 y corregir el defecto esférico.

Resultados: El paciente se siente cómodo después del implante de ICL en ambos ojos, realizándose primero en el OD. Refiere mejora de la AV obteniéndose una AVSC postoperatoria de 1 en ambos ojos, cuando preoperatoriamente era de 0.7 en ambos ojos con corrección

En cuanto a la refracción manifiesta: OD: -0.25 -0.25 a 167° OI: 0 -0.5 a 75°.

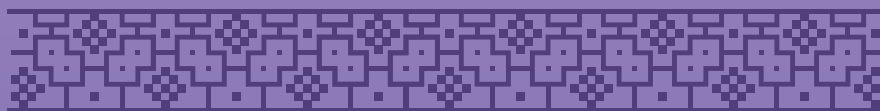
Resto de la exploración normal.

El paciente actualmente se encuentra contento y totalmente adaptado, sin tener que recurrir al uso de gafas ni ningún tipo de lente de contacto.

Conclusiones: Es importante individualizar el manejo de los pacientes con queratocono. A día de hoy en el abordaje del paciente con queratocono (QC), debemos tener en cuenta varios aspectos: edad, si hay o no progresión, estadio, refracción, visión con corrección óptica con gafas y/o lentes de contacto y la tolerancia a la misma.

Además, es muy importante plantearse que cabe la posibilidad de implantar lentes fáquicas en los más jóvenes (ICL y de sujeción iridiana) para corregir el defecto esférico una vez ha sido estabilizada y regularizada su córnea mediante el crosslinking (CXL) o el implante de SIC.

Por último, subrayar la importancia de establecer un vínculo empático con estos pacientes para que cumplan con el no menos importante tratamiento médico.



CÓRNEA

CP37 INCISIONES RELAJANTES CORNEALES EN EL MANEJO DEL ASTIGMATISMO INDUCIDO POR QUEMADURA INCISIONAL DURANTE LA FACOEMULSIFICACIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Aina Mireia Burcet Santiago, Nuria Artells de Jorge, María Elena Montpetit González, María del Rosario Carreras Díaz, Joan Felip Fures, Flor Escalada Gutiérrez

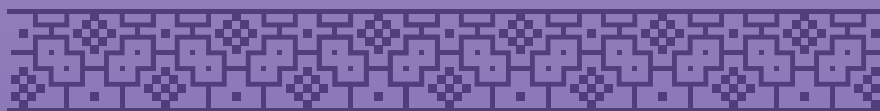
Objetivos: Reportar nuestra experiencia en un caso de astigmatismo alto residual tras quemadura incisional durante facoemulsificación en la cirugía de catarata tratado con incisiones relajantes corneales (IRC).

Método: Paciente de 83 años de edad en tratamiento por esclerosis múltiple avanzada, glaucoma primario de ángulo abierto y miopía magna en ambos ojos. Presenta una quemadura incisional por facoemulsificación en ojo derecho (OD), con agudeza visual (AV) en OD de 0,05 en la escala decimal. A la exploración con lámpara de hendidura, en el OD se objetiva adelgazamiento corneal y pliegues endoteliales por la tensión inducida sobre la zona de la incisión. Se realiza una topografía corneal, que muestra un astigmatismo corneal regular en OD, con valores de K1 42.4 dioptrías (D) a 83°, K2 51,4D a 173° y cilindro de 9,1D.

Ante los hallazgos, dado el frágil estado general y la edad de la paciente, se decide realizar cirugía incisional relajante mediante incisiones arcuatas según normograma de Lindstrom. Bajo anestesia tópica y sedación, y con marcaje previo en sedestación, se realizan dos IRC a 170 ° de 5 mm de longitud y del 80% de espesor corneal. Se asocia sutura corneal con Nylon 10/0 a 80°, que se retira a la semana.

Resultados: Al control postoperatorio a los 2 meses tras retirada de las suturas, el astigmatismo post-IRC resultante es de 2,5D, habiéndose reducido 6,6D respecto el cilindro preoperatorio, el cual era de 9,1D. Se constata mejora subjetiva de la AV, confirmándose con AV de 0,4 en la escala decimal y mostrando en la topografía corneal del OD una mejoría significativa del astigmatismo con K1 44,4D a 136°, K2 46,9D a 46° y cilindro de 2,5D.

Conclusiones: La quemadura incisional durante la facoemulsificación es una complicación poco frecuente. Puede producir daños permanentes en el tejido corneal, así como dificultar el cierre de la incisión, retrasar su curación, e inducir astigmatismo postoperatorio. Ante la aparición de astigmatismo, debe valorarse su corrección mediante distintas técnicas. Teniendo en cuenta la edad y la importante comorbilidad de nuestra paciente, se desestimaron otras técnicas más complejas y se optó por la cirugía incisional, la cual es ampliamente utilizada en la práctica clínica para reducir el cilindro durante la cirugía de catarata. La edad del paciente, la profundidad, forma, longitud y localización de la incisión, deben ser calculados meticulosamente para optimizar los resultados. En nuestra experiencia, las IRC han demostrado ser eficaces en la corrección del astigmatismo siendo mínimamente agresivos, con una pronta recuperación postoperatoria.



CÓRNEA

CP38 UTILIDAD DEL COLIRIO DE INSULINA ANTE UNA ÚLCERA NEUROTRÓFICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

María del Rosario Carreras Díaz, Núria Artells de Jorge, María Elena Montpetit González, Aina Mireia Burcet Santiago, Flor Escalada Gutiérrez, Joan Felip Fures

Objetivos: Se pretende mostrar la utilidad del colirio de insulina tópico en el tratamiento de una úlcera neurotrófica mediante la presentación de un caso clínico.

Método: Paciente de 90 años que acude derivado a consultas por descompensación corneal de ojo izquierdo (OI), en tratamiento con aciclovir oral 800 mg cada 8 horas, pomada oftálmica con vitamina A por la noche, pomada con ácido hialurónico, goma xantana y netilmicina, colirio anti edema y ciclopléjico cada 6 horas. Presenta una agudeza visual (AV) de movimiento de manos (MM). A la exploración en la lámpara de hendidura se objetiva una úlcera en semiluna de 3-4 mm de amplitud, un infiltrado endotelial y depósitos de fibrina en cámara anterior. Se mantiene el mismo tratamiento pautado, añadiendo colirio de insulina cada 6 horas con visitas de control semanales.

Resultados: En cuatro semanas de tratamiento se consigue un cierre de la úlcera prácticamente completo, de 1x1 mm, con algunos pliegues endoteliales.

Se continúa dos semanas más el colirio de insulina cada 6h, con revisión posterior en la cual se pauta cada 8h hasta finalizar el envase.

En control posterior se objetiva la úlcera neurotrófica resuelta, la córnea presenta una opacidad difusa, con neovasos periféricos superficiales y sinequias posteriores.

Se constata mejora subjetiva de la AV, confirmándose con AV de cuenta dedos (CD) a 20 cm.

Conclusiones: Las úlceras neurotróficas conllevan un tratamiento complejo que debe instaurarse precoz y asertivamente, de lo contrario podría acabar en una lisis o incluso perforación corneal.

Ante la edad avanzada de nuestro paciente, y su comorbilidad, se optó por el empleo de colirio de insulina como tratamiento frente a otros más invasivos, como la colocación de una membrana amniótica o el uso de suero autólogo.

La resolución de la úlcera demuestra la eficacia de este tratamiento innovador y su potencial ante defectos epiteliales persistentes.



CÓRNEA

CP39 TÉCNICA MODIFICADA DE TRASPLANTE LAMELAR ANTERIOR PROFUNDO EN EL MANEJO DE ECTASIA DE LA CICATRIZ DE TRASPLANTE PENETRANTE PREVIO EN UN PACIENTE CON QUERATOCONO

Nicolás Carrillo Ovalle, Belén Alfonso Bartolozzi, Rosa Alvarado Villacorta, Carlos Lisa Fernández, Luis Fernández-Vega Cueto, José F. Alfonso Sánchez

Objetivos: Describir los resultados clínicos de la modificación de la técnica de trasplante lamelar anterior profundo (DALK) en un paciente con trasplante penetrante por queratocono.

Método: Paciente masculino de 51 años, con antecedentes personales de queratoplastia penetrante en ojo derecho (OD) en 1995 y ojo izquierdo (OI) en 1989, segmentos intracorneales en OD en 2011 y OI en 2012, que acude por disminución progresiva de agudeza visual en OI. Al examen, la agudeza visual con corrección (AVCC) era de 1.0 (escala decimal) en OD y 0.5 en OI; con una refracción en OI de $+2.00^{-8.00} \times 80^\circ$ y ectasia de la cicatriz desde las IV a VIII horas. Se realizó una modificación de la técnica de disección manual de Anwar, sin la inyección de aire, suero o viscoelástico. La trepanación de la córnea receptora se realizó a 8.5mm (por fuera de la cicatriz de la queratoplastia penetrante previa), y la disección manual se completó hasta llegar a un lecho residual de aproximadamente 100 μm en la periferia y de 60 μm en zona central, creando un bolsillo periférico en los 360°. Finalmente, el tejido donador fue trepanado a un diámetro 0.25mm mayor que el receptor, y fijado mediante suturas discontinuas con Nylon 10-0.

Resultados: No se reportaron complicaciones intra o postoperatorias. La presión intraocular permaneció estable durante todo el seguimiento. A los 2 meses, la refracción en OI fue de $+3.00^{-3.00} \times 20^\circ$ con una AVCC de 0.8 y un conteo endotelial de 1030 $\text{cél}/\text{mm}^2$. A los 12 meses del postoperatorio, el injerto se mantiene transparente, sin datos de rechazo, con una visión, refracción y conteo endotelial sin cambios significativos.

Conclusiones: La técnica DALK modificada puede ser una alternativa viable y segura en el manejo de pacientes con ectasia de la cicatriz en queratoplastia penetrante previa por queratocono.



CÓRNEA

CP40 ROSÁCEA OCULAR CON COMPLICACIONES GRAVES EN PACIENTE SIN AFECTACIÓN DERMATOLÓGICA: UN RETO DIAGNÓSTICO

Francisco Javier Cordero Bellido, Asunción Alfaro Juárez, Ana Muñoz Morales, Jesús Suárez Pérez, José Antonio Amador Aragón, Vicente Guijarro Ambel

Objetivos: Describir un caso de rosácea ocular grave en una paciente sin rosácea dermatológica evidente. Se describe un caso con complicaciones graves y estadio avanzado, su manejo clínico, su tratamiento y la necesidad de realizar un despistaje de esta enfermedad que constituye un desafío diagnóstico en casos de neovascularización corneal y cicatrización conjuntival sin causa evidente.

Método: Mujer de 74 años vista en consulta desde 2010 con diagnóstico de blefaritis y ojo seco senil, se revisaba anualmente y se trató con lubricación con lágrimas artificiales y suero autólogo durante años. Durante una revisión rutinaria en 2022 se detectó un área de conjuntivalización corneal inferior en el ojo izquierdo (OI) y tractos fibrosos en fondos de saco con retracción de este, por lo que se derivó a consulta de Córnea para valoración.

Revisando su historia dermatológica fue diagnosticada en 2022 de rosácea y se trató con corticosteroides y metronidazol tópicos en región facial con buen control de la enfermedad. Hasta ese momento no había consultado nunca con Dermatología.

Resultados: Paciente que durante más de 10 años se trató para un síndrome de ojo seco idiopático con complicaciones severas es diagnosticada de rosácea severa (según consenso ROSCO). En ese momento se instauró terapia con colirio de ciclosporina al 0.05% 2 veces al día, pauta descendente de corticoides tópicos y doxiciclina oral 100mg 1 vez al día para control de la enfermedad y las complicaciones ya presentes en ese momento.

Conclusiones: En el diagnóstico diferencial del síndrome de ojo seco severo con complicaciones asociadas se debe descartar la rosácea ocular, entidad claramente infradiagnosticada, incluso en los casos donde no exista afectación dermatológica evidente ya que se trata de una causa frecuente y tratable de síndrome de ojo seco con potenciales complicaciones severas.



CÓRNEA

CP41 COMBINACIÓN DE DISPLASIA ECTODÉRMICA Y QUERATITIS HERPÉTICA, CONTROL Y ESTABILIZACIÓN TRAS SEGUNDA QUERATOPLASTIA LAMELAR ANTERIOR PROFUNDA

Enrique España Vera, Sara Rodrigo Rey, José Belda Márquez, Javier Belmonte Martín, Juan José Pérez Santonja

Objetivos: La displasia ectodérmica es un grupo heterogéneo de patologías por alteración en el desarrollo de dos o más estructuras originarias del ectodermo con amplia afectación ocular, siendo un desafío para mantener de forma exitosa un trasplante corneal lamelar anterior profundo debido a un leucoma postherpético.

Método: Mujer de 45 años con diagnóstico previo de disgenesia ectodérmica con historia de alteraciones tiroideas en seguimiento en consultas por epitelizaciones continuas de puntos lagrimales, requiriendo en diversas ocasiones puntoplastias y taponos lagrimales. Entre sus antecedentes oftalmológicos destacan queratitis estromales herpéticas en el ojo derecho, las cuales dejan como secuela una disminución importante de la agudeza visual (AV), alcanzando una AV de 0,1. Se realizó una primera queratoplastia lamelar anterior profunda (DALK) en el 2014, con un importante defecto epitelial persistente durante el postoperatorio que llegó a durar más de seis meses, siendo subsidiaria de lentes de contacto terapéutica, llegando incluso a necesitar micropunción epitelial en regiones fuera del eje visual.

Resultados: A los dos años de la primera DALK se evidenció neovascularización periférica del injerto con inicio de una queratitis lipoidea nasal que ensombreció la mejoría visual. Durante el seguimiento se necesitó hasta en dos ocasiones realizar una diatermia con aguja fina en la región del vaso exudativo corneal combinándolo con antiangiogénico con éxito parcial, alcanzando visiones de 0,2 pero con regresión al cabo de un año de la segunda diatermia. En la evolución, la paciente padeció una recurrencia herpética sobre el injerto, siendo complicado en un principio el diagnóstico diferencial con una sobreinfección bacteriana, lo cual sumado a la regresión de la queratitis lipídica con una AV de cuenta dedos, requirió nuevo trasplante lamelar anterior profundo en el ojo derecho, previa preparación del lecho corneal receptor con diatermia con aguja fina y punción intraestromal de antiangiogénico. El recambio del botón corneal opaco se lleva a cabo 4 años después, obteniendo una lamela posterior muy fina durante la cirugía. En esta segunda cirugía la epitelización fue menos tórpida alcanzando epitelización completa a los dos meses. Al seguimiento se alcanzó una AV de 0,3 y excelente aspecto del injerto.

Conclusiones: Las displasias ectodérmicas constituyen una entidad con gran repercusión ocular sobre todo a nivel corneal, conjuntival y de glándulas de meibomio, dicha disfunción produce en un gran porcentaje de casos ulceraciones corneales, sequedad ocular, o alteración en la posición de las pestañas. Todo lo cual puede ensombrece el pronóstico de una DALK como requirió nuestra paciente por leucoma postherpético. En estos casos en los cuales la neovascularización corneal puede presentarse en el injerto por la enfermedad congénita es importante el tratamiento de la superficie ocular, así como preparar dicho lecho para un retratamiento con diatermia con aguja fina e inyección intraestromal de antiangiogénicos.



CÓRNEA

CP42 MANEJO MEDIANTE MEMBRANA AMNIÓTICA DE QUERATITIS POR ACANTHAMOEBA SOBREENFECTADA POR BURKHOLDERIA CEPACIA

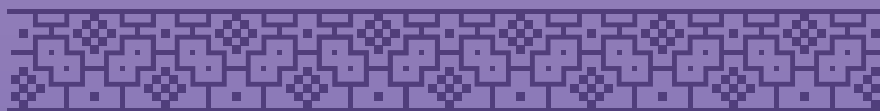
Enrique España Vera, José Belda Márquez, Sara Rodrigo Rey, Javier Belmonte Martín, Juan José Pérez Santonja

Objetivos: La queratitis por Acanthamoeba son infecciones corneales por amebas de vida que suponen un reto diagnóstico y terapéutico en nuestras consultas, y en casos complejos las sobreinfecciones con bacterias dificultan todavía más su manejo.

Método: Mujer de 36 años que acude a nuestro centro por aumento de dolor en ojo izquierdo desde hace tres días. Como antecedente destacar que usuaria de lentes de contacto y que fue diagnosticada hace diez meses de queratitis por Acanthamoeba en otro centro, tratada en un principio con Clorhexidina y Hexamidina. Ante el empeoramiento se decidió cambiar a Polihexametileno biguanida y realizar crosslinking para estabilizar el tejido. A los doce días del crosslinking es vista en urgencias con un defecto epitelial marcado, melting y presencia de hipopion de 2mm. En este momento se suspende la terapia antibiótica y se decide tomar muestras corneales para estudio microbiológico con Agar chocolate, agar Sabouraud, agar sangre y caldo de tioglicolato. Una vez realizado el raspado corneal se inicia terapia intensiva con colirios reforzados de Ceftazidima al 0,05% y Linezolid al 0,2%.

Resultados: Tras la fase de esterilización de cinco días, los resultados microbiológicos son positivos para Burkholderia Cepacia con resistencia a Ceftazidima en el antibiograma. Ante esta situación se introduce colirio de levofloxacino cada 4 horas, continuando con linezolid cada 4 horas, manteniendo la terapia antiamebiana, atropina y acetato de prednisolona uno al día. Durante la evolución se evidencia un cierre progresivo del defecto epitelial corneal pero un incremento muy marcado del adelgazamiento estromal inferior, requiriendo un recubrimiento con membrana amniótica a las cinco semanas. Se realiza el implante de membrana amniótica sobre el defecto epitelial tipo injerto (con la parte estromal sobre el defecto). A lo largo del mes siguiente se va observando el cierre del defecto y el crecimiento epitelial sobre la membrana amniótica, la correcta progresión del cuadro fue seguida de un descenso de los antibióticos hasta mantener el colirio de levofloxacino como cobertura y permitir un incremento del acetato de prednisolona el cual mantuvo el ojo menos inflamado. A los tres meses del recubrimiento, el crecimiento epitelial ha conseguido corregir dicho defecto y el epitelio presenta un grosor superior a la mitad en dicha zona.

Conclusiones: La queratitis por Acanthamoeba es característica en usuarios de lentes de contacto, y es fundamental un diagnóstico precoz. Algunos signos característicos son el infiltrado en anillo, limbitis y queratoneuritis radial. No es infrecuente la sobreinfección bacteriana, fúngica o la coinfección por virus herpes simple, las cuales se sospechan si presenta empeoramiento clínico. El tratamiento médico consistirá en amebicidas preferentemente combinados por efecto sinérgico: Diamidas y biguanidas. El tratamiento será combinado durante el primer mes para posteriormente en monoterapia utilizarlo a largo plazo y controlando la inflamación. La membrana amniótica tipo injerto funciona como base sobre la que se producirá epitelización en defectos complejos.



CÓRNEA

CP43 QUERATITIS CRISTALINIANA EN UNA QUERATOPLASTIA PENETRANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Alex Esplugues Vidal, Daniela Ortiz Vaquerizas, Beatriz Torrellas Darvas, Stefany Ortega Montoya, Eduard Solé Forteza, Adriana Hernando Comerma

Objetivos: Identificación de los signos clínicos de la queratitis cristaliniiana en pacientes trasplantados de cornea para proceder a su óptimo manejo medico con premura y así no depender de una intervención quirúrgica preservando el trasplante.

Método: Presentamos el caso de un paciente portador de una queratoplastia penetrante (QPP) en el ojo izquierdo (OI) que consulta por dolor intenso y lagrimeo incontrolables de recién instauración.

Destacamos como antecedentes personales de interés, una alergia al Metamizol, una hipertensión arterial y una diabetes mellitus tipo II.

Por otra parte, los antecedentes oftalmológicos del OI son:

— Vitrectomía pars plana de 25g + Injerto de membrana amniótica (MA) por agujero macular en 2015.

— Facoemulsificación + implante de lente intraocular (LIO).

— Extracción del complejo saco + LIO con afaquia secundaria por subluxación en 2020.

— QPP por descompensación corneal en Mayo de 2022. Actualmente en tratamiento con Dexametasona topica cada 8h.

La agudeza visual (AV) era de movimiento de manos (AV previa desconocida). En la exploración evidenciamos una QPP con 3 puntos de sutura sueltos (a las 5h, 8h i 9h), con un dellen perforado a las 9h sin seidel y un infiltrado estromal profundo con bordes ramificados.

Se decidió un manejo quirúrgico urgente con obtención de muestras para cultivo, Vancomicina y Cefuroxima intraestromal y intracamerular, y injerto de MA multicapa + recubrimiento de MA.

Resultados: Se orientó el caso como una queratitis cristaliniiana con dellen y perforación, que bajo tratamiento postoperatorio con Vancomicina reforzada cada 2h + Cefazidima reforzada cada 2h + Voriconazol 1% cada 2h + Dexametasona cada 12h + Doxiciclina oral de 100mg/12h se logró cierta mejoría.

Al control de las dos semanas y con el resultado del cultivo positivo para *Corynebacterium macginleyi* sensible a la Vancomicina se dirigió el tratamiento con Vancomicina cada 2h + Dexametasona cada 12h + Doxiciclina 100 mg/12h.

Durante los dos primeros meses, la evolución del infiltrado y del dellen fue lenta pero favorable y se decidió desescalar la Vancomicina a cada 8h. No obstante se objetivó un defecto epitelial persistente que se manejó con colirio de insulina 1 UI/mL.

A los cuatro meses, el infiltrado se había resuelto dejando un leucoma en estroma profundo y sin dellen, permitiendo retirar definitivamente la Vancomicina.

Conclusiones: La queratitis cristaliniiana (o queratopatía cristalina) es un tipo de queratitis infecciosa poco frecuente, lenta y asintomática (o escasamente sintomática) pero potencialmente grave.

Debe sospecharse ante un infiltrado de bordes ramificados en un paciente con antecedentes de queratoplastia y/o manipulación corneal, con tratamiento corticoideo crónico.

Los microorganismos causantes de esta entidad son capaces de generar un biofilm de exopolisacáridos, que les confiere resistencia a los antibióticos convencionales siendo de elección la Vancomicina reforzada.



CÓRNEA

CP44 USO DE CROSS-LINKING CORNEAL ASOCIADO A INYECCIONES INTRAESTROMALES Y PERILIMBARES EN EL MANEJO DE UNA ÚLCERA CORNEAL REFRACTARIA A TRATAMIENTO TÓPICO Y ORAL. REPORTE DE UN CASO

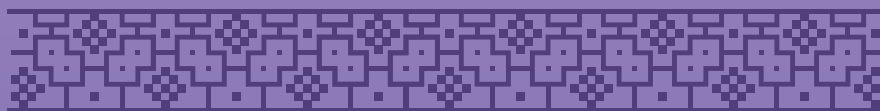
Beatriz de Frutos Rodríguez, María Massaneda i Tuneu, Alexandra Elena Istrate, Mouafk Asaad, Suhel Elnayef Elsakan

Objetivos: Evaluar el efecto de la combinación del uso del Cross-linking corneal (CXL) con protocolo acelerado con inyecciones intraestromales y perilibares de antimicrobianos en el manejo de una queratitis infecciosa por lentes de contacto con cultivos negativos que progresa a pesar de tratamiento tópico y oral máximo.

Método: Se presenta el caso de una mujer de 22 años portadora de lentes de contacto (LC) mensuales y mal uso de las mismas. Es remitida a nuestro servicio de Urgencias desde otro centro con diagnóstico de queratitis herpética disciforme central en tratamiento con Valaciclovir oral y tópico cada 8 horas sin mejoría desde hacía 7 días. A la exploración presenta una hiperemia conjuntiva intensa con una úlcera central de morfología anular de 5x6 milímetros (anchoxalto) con defecto epitelial periférico y central conservado e infiltrados satélites, con leve reacción en cámara anterior (CA). Ante la sospecha de queratitis bacteriana o fúngica por LC se tomaron muestras para cultivo y PCR que resultaron negativos. Se añadieron antibióticos reforzados, voriconazol, clorhexidina, medroxiprogesterona y colirio de membrana amniótica, persistiendo la actividad y con aparición de melting corneal superior. Se realizó un primer CXL con protocolo acelerado (9 mW/cm² 10 minutos) con efecto parcial, se frenó la extensión horizontal pero persistía reacción en CA con hipopión. Se realizó un segundo CXL con protocolo acelerado junto a inyecciones intraestromales y perilibares de voriconazol, limpieza de CA e instilación de cefuroxima intracamerar.

Resultados: El segundo CXL consiguió estabilizar la úlcera. Fue disminuyendo el tamaño y la reacción en CA hasta conseguir el cierre epitelial definitivo tres semanas después del procedimiento. A día de hoy, cuatro meses después del inicio de los síntomas, la paciente presenta una agudeza visual de cuenta dedos con un leucoma central de 3,8x5,2 mm (anchoxalto) con neovascularización periférica, pendiente de queratoplastia tras un año de inactividad.

Conclusiones: El CXL supone una opción de tratamiento complementario alternativo en el manejo de las queratitis infecciosas, sobre todo de causa bacteriana. La riboflavina fotoactivada rompe las membranas celulares de las bacterias y la luz ultravioleta A inhibe el crecimiento de microorganismos, aspectos que junto al aumento de resistencia del colágeno estromal por el incremento de enlaces entre las fibras previenen el melting y la perforación corneal, promueven la resolución de la infección evitando el trasplante en caliente. Aun son necesarios estudios bien diseñados que permitan establecer un protocolo de uso del CXL en queratitis infecciosas y validar su eficacia y seguridad en estos casos.



CÓRNEA

CP45 EVALUACIÓN DE TOMOGRAFÍA POR COHERENCIA ÓPTICA DEL SEGMENTO ANTERIOR EN LA DEGENERACIÓN NODULAR DE SALZMANN ANTES Y DESPUÉS DE LA CIRUGÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Beatriz Galán García, Hugo Santiago Balsera, Ana Maria Guadilla Borrás, Laura Modamio Gardeta, Jaime Losada Huelmos, Raquel Belillas Núñez

Objetivos: Presentar el curso clínico y quirúrgico del manejo de un paciente con degeneración de nódulos de Salzmann (SND) sintomáticos, evaluando las características por tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (AS-OCT) y las imágenes de lámpara de hendidura antes y después de la cirugía.

Método: Presentamos a una mujer de 68 años con SND en el ojo izquierdo (OI) que acudió a nuestro hospital quejándose de un empeoramiento sintomático, tales como, sensación de cuerpo extraño, dolor, disminución de agudeza visual (AV) y lagrimeo.

La paciente presentaba una refracción en OI de +10.00-6.50 a 95° con una AV de 0,5 del mismo, además de tres opacidades corneales periféricas de color blanco-grisáceo en superior junto a insuficiencia limbar y queratitis puntiforme superficial.

Se inició tratamiento médico con higiene palpebral, corticoides tópicos, ciclosporina tópica 0,05% y lágrimas artificiales.

Después de 4 meses sin mejoría, se realizó una queratectomía superficial. Para la escisión de los nódulos, se usó etanol al 25% para la desepitelización, aplicación intraoperatoria de mitomicina C e injerto de membrana amniótica.

Posteriormente se realizaron controles con AS-OCT e imágenes en lámpara de hendidura.

Resultados: La paciente presentó una respuesta adecuada al tratamiento con mejoría sintomática posterior a la cirugía y sin recidiva de las lesiones nodulares tras más de 1 año de la cirugía.

Respecto a la AV y la refracción, se produjo una reducción del astigmatismo quedándose con -5.00 a 120° y con una AV de 0,8.

Actualmente, la paciente se encuentra asintomática en tratamiento con lágrimas artificiales e higiene palpebral.

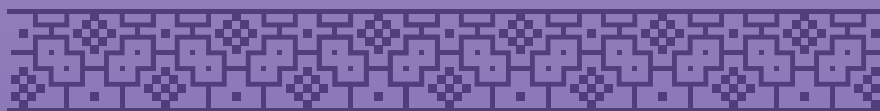
La AS-OCT posquirúrgica mostró la desaparición de los depósitos subepiteliales de color blanco brillante correspondiente a las lesiones nodulares.

Conclusiones: Aunque la SND puede presentarse de forma asintomática o con síntomas leves que responden al tratamiento médico, la cirugía es necesaria en algunos casos.

Se puede realizar una queratectomía superficial con alcohol solo o combinado con mitomicina C intraoperatoria para eliminar los nódulos con trasplante de membrana amniótica como complemento. La AS-OCT es una herramienta complementaria útil para la evaluación de lesiones SND, que aparecen como depósitos subepiteliales de color blanco brillante en la córnea entre la capa de Bowman y el epitelio, el cuál parece adelgazarse sobre los nódulos.

Esta podría ser una herramienta útil para el seguimiento y monitorización postoperatoria tras la extirpación quirúrgica de las lesiones.

Además, se produce una reducción evidente del astigmatismo que mejora la calidad y agudeza visual del paciente.



CÓRNEA

CP46 TRATAMIENTO CON CROSS-LINKING DE ÚLCERA CORNEAL INFECCIOSA POLIMICROBIANA

Elena María Gámez Jiménez, Asunción Alfaro Juárez, Sergio del Valle Buzón, Jesús Suárez Pérez, Margarita Cabanás Jiménez

Objetivos: Describir el caso clínico de un paciente con úlcera corneal infecciosa bacteriana y fúngica de difícil manejo con colirios reforzados que precisó tratamiento con cross-linking de colágeno (CXL).

Método: Reporte de un caso clínico. Diagnóstico y tratamiento.

Resultados: Paciente de 42 años, usuario de lentes de contacto (LDC), que acude al Servicio de Urgencias por molestias oculares en ojo derecho desde el día anterior. En la biomicroscopía se observa intensa hiperemia, córnea con intenso pannus 360°, edema difuso, una úlcera paracentral inferior de 3x3 mm con tres lesiones satélite, sin imagen de hipopion. En Urgencias de Oftalmología se realiza toma de muestra y envío a Microbiología junto con el estuche de las LDC, y se inicia tratamiento empírico con colirios reforzados de vancomicina, ceftazidima y colirio de voriconazol. El paciente es remitido a consulta de Córnea, donde se reciben los resultados de Microbiología: raspado corneal positivo para Klebsiella y Pseudomonas, ambas sensibles a tobramicina y amikacina, líquido de LDC positivo para Fusarium. Se inicia tratamiento dirigido con colirios de reforzados de ambos antibióticos, colirio de natamicina y voriconazol oral. Ante la falta de respuesta al tratamiento, se decide realizar CXL con riboflavina isotónica. En sucesivas revisiones, manteniendo tratamiento tópico, se observa mejoría franca del absceso corneal con aumento de transparencia corneal. Actualmente el paciente solo presenta leucomas superficiales.

Conclusiones:

- El uso de lentes de contacto es un factor de riesgo clave para el desarrollo de queratitis infecciosa bacteriana y fúngica.
- Es fundamental la adecuada toma de muestra para el diagnóstico microbiológico y poder iniciar un tratamiento específico.
- En nuestra experiencia, el CXL es una terapia complementaria útil en casos de úlcera corneal infecciosa complicada que puede acelerar su curación.



CÓRNEA

CP47 USO DE MEMBRANA DE PLASMA RICO EN FACTORES DE CRECIMIENTO (PRGF) COMO TERAPIA COADYUVANTE EN PACIENTE CON CAUSTICACIÓN QUÍMICA POR SOSA CÁUSTICA

Nerea Gangoitia Gorrotxategi, Íñigo Salmerón Garmendia, Ana Jimenez Alonso, Leire Olazarán Gamboa, Lara Berastegui Arbeloa, Arguelles Ana Sofía

Objetivos: Debido a que la cicatrización de las heridas en la superficie ocular está mediada por factores de crecimiento, se han desarrollado productos derivados de la sangre para mejorar su regeneración, como la tecnología de PRGF-Endoret, comúnmente en forma de colirio, siendo su uso como membrana menos frecuente.

En el contexto de una paciente de 20 años con afectación de la superficie ocular por sosa cáustica, se ha considerado la posibilidad de emplear una membrana de PRGF como terapia coadyuvante.

Método: Se ha realizado una descripción detallada del caso, basada en datos de la historia clínica y en imágenes obtenidas durante el seguimiento de la paciente. Además, se ha llevado a cabo una exhaustiva revisión de la literatura para explorar las potenciales aplicaciones de la membrana de PRGF y sus beneficios en diversas patologías de la superficie ocular.

Resultados: Una mujer de 20 años sufrió una quemadura química con sosa cáustica, afectando especialmente a la cara y al ojo derecho (OD). La agudeza visual (AV) inicial era de 9/10 en ambos ojos. Se observó quemosis temporal, isquemia limbar del 25-30%, desepitelización corneal y edema estromal en OD. Se decidió el recubrimiento con membrana amniótica (MA) bajo anestesia general, completando el tratamiento durante su ingreso con Doxicilina, colirios de insulina y suero autólogo.

A los pocos días, y ante la presencia de secreción de aspecto muco-purulento, se decidió retirarla. Se objetivó AV 0,05 por la córnea completamente velada. Por tanto, se decidió nueva intervención para recubrimiento con membrana PRGF-endoret y MA. Además, y tras revisar la literatura, se añadieron Citrato sódico y Ácido ascórbico y Citrato sódico tópico al 10%.

En la última evaluación presentaba AV 2/10 en OD y 10/10 en OI. En el OD persistía isquemia limbar con epitelización casi completa pero con gran opacidad por el edema estromal con pliegues en Descemet, mientras que el OI estaba completamente normal. El tratamiento actual incluye colirios de Tobramicina, Dexametasona, Atropina, Citrato sódico, Insulina, PRGF y Doxicilina, Citrato sódico y Ascórbico orales.

Conclusiones: La tecnología de Plasma Rico en Factores de Crecimiento (PRGF-Endoret) consiste en un plasma enriquecido con plaquetas obtenido a partir de la propia sangre del paciente, que tras la activación con cloruro cálcico, ha mostrado ser capaz de promover significativamente la proliferación y migración de queratocitos y fibroblastos conjuntivales, además de prevenir e inhibir la diferenciación de miofibroblastos inducida por TGF- β 1. Su actividad bacteriostática y sus propiedades anti-fibróticas y antiinflamatorias también ayudan en la regeneración tisular. En Oftalmología, se ha utilizado principalmente en forma de gotas para los ojos o como membrana de fibrina en el tratamiento de lesiones de la superficie ocular y para prevenir la formación de cicatrices.

La membrana de PRGF es eficaz y seguro como tratamiento coadyuvante en cirugías relacionadas con patología de la superficie ocular, siendo una alternativa al uso de la MA.



CÓRNEA

CP48 EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA DESCOMETORHEXIS SIN TRASPLANTE CON RIPASUDIL EN LA DISTROFIA CORNEAL DE FUCHS

Marina García López, José Lamarca, Antón Barraquer, Raquel Larena, Gemma Julio, Rafael I Barraquer

Objetivos: La distrofia corneal de Fuchs (DCF) constituye la principal indicación actual de trasplante endotelial. La descemetorhexis sin trasplante (DSO, por sus siglas en inglés) es una alternativa para un subgrupo de pacientes con DCF. La adición de inhibidores de la Rho kinasa parece mejorar los resultados y acelerar la recuperación visual, pero las evidencias aún no son concluyentes. Este estudio analiza la eficacia y seguridad de la DSO suplementada con ripasudil en la casuística de nuestro centro.

Método: Estudio retrospectivo de DSO realizada en ojos con DCF con un recuento de células endoteliales (RCE) en periferia media superior $>1.000/\text{mm}^2$, sintomáticos por la presencia de guttas centrales y/o edema que afecta a la visión y/o deslumbramiento. Se realizó un seguimiento mínimo de 3 meses. El diámetro medio de la DSO fue de $4,9 \pm 1,7$ mm, mediante técnica de peeling únicamente ($n=11$) o combinada con extracción de catarata ($n=3$). Se aplicó Ripasudil tópico al 0,4%, desde el día 1 del postoperatorio, 6 veces/día hasta el aclaramiento corneal. Los casos con recidiva del edema se trataron con ripasudil 0,4%, 4 veces al día. Se registraron la agudeza visual corregida (AVCC) y no corregida (AVSC), el tiempo de aclaramiento corneal y de tratamiento, el RCE y los efectos adversos.

Resultados: Se trataron 14 ojos de 14 pacientes (9 mujeres; edad media = $65,4 \pm 10,75$ años; rango: 83-45 años). El seguimiento medio fue de $10,71 \pm 9$ meses (rango: 3-35 meses). Seis de los 14 ojos (42,85%) lograron el aclaramiento corneal a los $5,7 \pm 3,54$ meses (rango: 2-9 meses). El 83% de los casos con éxito eran mayores de 60 años. La media de la mejoría de AVSC y AVCC fue de $0,42 \pm 0,22$ y $0,59 \pm 0,39$ LogMAR, respectivamente. La media del RCE postoperatorio fue de $1.275 \pm 652/\text{mm}^2$ en la zona de la periferia media superior. En 7 ojos no hubo aclaramiento: 4 se sometieron a DMEK y 3 a DSAEK en un tiempo medio de 12 meses. Un ojo con aclaramiento corneal experimentó recidiva y se sometió a DSAEK 4 meses después. El efecto secundario más frecuente del ripasudil fue la irritación ocular. Ningún paciente experimentó efectos adversos graves durante el estudio.

Conclusiones: Nuestro estudio confirma que la DSO suplementada con ripasudil puede restaurar la claridad corneal en pacientes seleccionados con DCF, con un buen perfil de seguridad. En comparación con otras series publicadas, la menor tasa de aclaramiento (6 de 14 ojos) indica que añadir ripasudil no garantiza el éxito. Esto puede deberse a ciertos factores quirúrgicos, y otros relacionados con el paciente, que siguen estando mal definidos. La respuesta a la DSO puede variar según los subtipos de DCF, como sugiere la mayor tasa de éxito en los pacientes de edad más avanzada. Teniendo en cuenta nuestros resultados, los criterios de inclusión habituales de RCE $> 1.000/\text{mm}^2$ en uno o más cuadrantes periféricos pueden no ser suficientes. Se necesitan más estudios para definir mejor los pacientes que se beneficiarían con la DSO más ripasudil y evaluar su eficacia y seguridad a largo plazo.



CÓRNEA

CP49 INSUFICIENCIA LÍMBICA POR USO CRÓNICO DE VASOCONSTRICTORES TÓPICOS

Alba González Corte, Sara Valdés Álvarez, Ana Señaris González, Marta Álvarez Coronado, María Fernández García

Objetivos: El uso crónico de vasoconstrictores tópicos, frecuentemente comercializados para el alivio de síntomas oculares como la hiperemia o el picor; se ha asociado con diversos efectos adversos a nivel oftalmológico: exacerbación del ojo seco, blefarconjuntivitis alérgica aguda y crónica, cambios conjuntivales e incluso cambios a nivel de la vasculatura retiniana.

Método: Presentamos el caso de una paciente con insuficiencia límbica secundaria al uso de estos fármacos.

Resultados: Mujer de 45 años que acude a consultas de oftalmología por hiperemia de tiempo de evolución.

La paciente niega antecedentes personales. Niega traumatismos a nivel ocular, causticaciones y no es portadora de lentes de contacto.

Comenta clínica de picor en ambos ojos desde hace años, por lo que usa vasoconstrictores tópicos (nafazolina) de forma crónica; recetados en Honduras.

A la exploración, la agudeza visual es de unidad.

En biomicroscopía se observa en ambos ojos leucoma superior e inferior con vascularización y captación en remolino, sin zonas de adelgazamiento. No se observan signos de blefaritis u otra patología de superficie ocular.

El fondo de ojo es normal.

Se sospecha insuficiencia límbica tóxica secundaria al uso crónico de vasoconstrictores, por lo que se indica a la paciente el cese del uso de estos y se inicia tratamiento con lágrimas artificiales.

La paciente permanece estable y sin molestias dos años después.

Conclusiones: Los vasoconstrictores tópicos son fármacos frecuentemente comercializados sin necesidad de receta médica y su uso crónico puede condicionar patología oftalmológica, que es importante conocer y prevenir de cara a evitar secuelas a largo plazo.



CÓRNEA

CP50 QUERATOPLASTIA ENDOTELIAL DE MEMBRANA DE DESCOMET (DMEK) EN PACIENTE CON DESPRENDIMIENTO TRAUMÁTICO DE MEMBRANA DE DESCOMET DURANTE EL PARTO

Alba González Corte, Nuria Velasco de Cos, Ana Señaris González, Marta Álvarez Coronado, Manuel Alejandro Rodrigues Vera

Objetivos: Una de las complicaciones que nos podemos encontrar tras un traumatismo con fórceps durante el parto es el desprendimiento de membrana de Descemet. Esta patología puede pasar desapercibida debido a su baja incidencia, y puede conducir al desarrollo de ambliopía en la infancia.

Se describe un caso clínico de trasplante lamelar tipo DMEK con el objetivo de mejorar la agudeza visual en una paciente con esta patología y descompensación corneal.

Método: Descripción de caso clínico y resultados.

Resultados: Presentamos el caso de una mujer de 28 años que consulta por descompensación corneal en ojo derecho (OD), diagnosticada hace 3 meses, a tratamiento con Lente de Contacto Terapéutica.

Como antecedentes presenta traumatismo con fórceps durante el parto con rotura de membrana de Descemet en OD, ambliopía y miopía en ese ojo. Realiza controles anuales con agudeza visual en torno a 0,1-0,16.

A la exploración, la paciente presenta una agudeza visual con corrección de 0,16 en OD y unidad en ojo izquierdo (OI). En biomicroscopía de OD se observa queratopatía bullosa con bulla inferior, anillo central de endotelio desprendido y una cámara anterior formada. El OI es normal.

El fondo de ojo es normal en ambos ojos.

Se realiza DMEK en OD con iridotomía previa, sin incidencias.

El injerto permanece adherido en revisiones sucesivas. Al año de la cirugía, la agudeza visual sin corrección en ese ojo es de 0,16 que mejora a 0,3 con corrección.

Conclusiones: El desprendimiento de membrana de Descemet es una posible complicación del traumatismo con fórceps durante el parto que puede provocar problemas visuales de por vida. Es importante detectarlo con una buena atención perinatal y, una vez diagnosticado, está indicada la corrección precoz para evitar el desarrollo de ambliopía. El trasplante lamelar tipo DMEK puede ser una opción terapéutica en estos pacientes para prevenir o tratar la descompensación corneal.



CÓRNEA

CP51 QUERATOCONO ENMASCARADO POR EDEMA EN PACIENTE CON DISTROFIA DE FUCHS

Raquel Guerra-Velasco García, Javier Sánchez Rodríguez, Marta Álvarez Coronado,
María Fernández García, Alba González Corte

Objetivos: La distrofia corneal endotelial de Fuchs se caracteriza principalmente por una disfunción endotelial. Sus manifestaciones incluyen edema corneal, cicatrización subepitelial y vascularización periférica. El objetivo de esta exposición es mostrar la importancia de la realización de las pruebas complementarias adecuadas en el seguimiento postoperatorio.

Método: Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura.

Resultados: Presentamos el caso de una mujer de 69 años con distrofia de Fuchs. Presenta edema corneal en su ojo derecho y agudeza visual (AV) de 0,2, con paquimetría de 614 micras y conteo endotelial (CE) no valorable. Se decide realizar cirugía secuencial de catarata y, posteriormente, DMEK.

En las visitas sucesivas al DMEK, se observa evolución satisfactoria con resolución del edema, mejora en datos de paquimetría y CE y mejoría de la AV. A los 3 meses, la córnea se mantiene transparente, con un CE de 2500 células/mm². Sin embargo, la topografía muestra un queratocono que había pasado inadvertido por el edema previo. Se decide continuar con el tratamiento según el protocolo y revisar nuevamente a los 6 meses. Se mantiene buena evolución y una AV de 0,9.

Es importante tener en cuenta la posibilidad de patologías enmascaradas bajo un edema corneal. Las pruebas complementarias ayudan al diagnóstico de alteraciones que pueden pasar desapercibidas.

Conclusiones: El edema corneal secundario a la distrofia de Fuchs puede enmascarar otras alteraciones corneales que no estuvieran previamente diagnosticadas, como el queratocono. Es importante la realización de pruebas complementarias también en el postoperatorio a fin de desenmascarar estas patologías.



CÓRNEA

CP52 DESMEMATOCELE PRODUCIDO POR ÚLCERAS CORNEALES DE REPETICIÓN, TRATADO CON UNA MEMBRANA DE FIBRINA, DE PLASMA RICO EN FACTORES DE CRECIMIENTO (MPRGF)

José Vicente Guijarro Ambel, Asunción Alfaro Juárez, María Portillo Martínez, Francisco Jvaier Cordero Bellido, Helena María Gámez Jiménez, Celia Leal Camarena

Objetivos:

- Comprobar la fiabilidad de la membrana de fibrina, de plasma rico en factores de crecimiento, en el tratamiento del descematocele.
- Analizar la evolución clínica de este caso.

Método: Se ha realizado seguimiento, en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, de un caso diagnosticado de úlcera corneal recidivante, desde el año 2022 hasta la actualidad. Documentándose el estudio de biomicroscopia y OCT de segmento anterior, así como los diferentes tratamientos pautados.

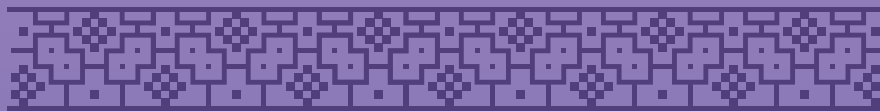
Resultados: Paciente con antecedentes de córnea guttata, intervención de catarata, queratoconjuntivitis mucosinequante, ojo seco severo, blefaritis severa y entropión de los cuatro párpados con pestañas distiquiásicas en ojo izquierdo, que a pesar de tratamiento intenso, evoluciona produciéndose úlceras de repetición degenerando en úlceras neurotróficas. Acude al servicio de urgencias donde se evidencia:

OD: insuficiencia límbica 360° y córnea deslustrada, donde se aprecian dos leucomas vascularizados con un adelgazamiento corneal cicatricial intenso, uno en el cuadrante temporal superior y otro en hemicórnea inferior.

OI: insuficiencia límbica 360° con cornea deslustrada donde se aprecia un decematocele paracentral con microperforación de 0,3 mm y mínimo seidel positivo.

Se realiza un recubrimiento de membrana amniótica que fracasa y entonces se decide, realizar una reintervención quirúrgica en la cual se lleva a cabo un recubrimiento corneal con una membrana de fibrina, de plasma rico en factores de crecimiento. Actualmente la paciente se encuentra subjetivamente bien el recubrimiento de fibrina permanece suturado al plano esclero-corneal, con seidel negativo ni nuevas lesiones.

Conclusiones: A expensas de un seguimiento a largo plazo, podemos evidenciar que el recubrimiento corneal con mPRGF es un tratamiento beneficioso, en pacientes con adelgazamientos corneales severos, refractarios a otros tratamientos, favoreciéndose la cicatrización y regeneración corneal, gracias al aporte de factores de crecimiento autólogos.



CÓRNEA

CP53 INTEGRACIÓN DE MEMBRANA AMNIÓTICA TRAS DESBRIDAMIENTO EPITELIAL Y TMA EN UN PACIENTE CON Distrofia DE LA MEMBRANA BASAL EPITELIAL

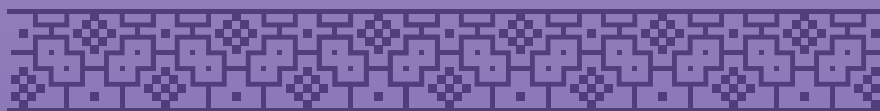
Clara Heredia Pastor, Pilar Pérez García, Almudena Miláns del Bosch, Elena Montolio Marzo, Ricardo Cuiña Sardiña

Objetivos: Describir el caso de un paciente con distrofia de Cogan o distrofia de la membrana basal epitelial que tras someterse a una cirugía de desbridamiento epitelial con trasplante de membrana amniótica (TMA) presentó una integración total del trasplante a nivel subepitelial, produciendo opacidad corneal persistente.

Método: Descripción de un caso clínico.

Resultados: Tras un periodo de observación durante el cual no se observó reabsorción de la membrana amniótica, se decidió reintervenir al paciente procediendo a desepitelizar de nuevo la cornea receptora y retirar la membrana amniótica trasplantada. En esta ocasión no se realizó TMA, se colocó una lente de contacto terapéutica y se trató con antibiótico tópico y lubricación. En las revisiones posteriores se pudo objetivar una epitelización completa de la córnea con buena transparencia y sin recidivas de la distrofia.

Conclusiones: El desbridamiento epitelial forma parte del arsenal terapéutico de la distrofia de la membrana basal epitelial sintomática, y en ocasiones se asocia a un TMA. Durante la re-epitelización corneal, se puede producir una integración de la membrana que conllevaría una opacidad corneal discapacitante. Es importante conocer esta posible complicación y tomar medidas para evitarla. A la hora de planear el trasplante, se debe recortar la membrana de manera que sobrepase los límites del defecto epitelial, ya que si no los sobrepasa podría actuar como una falsa membrana basal sobre la que crece el epitelio corneal integrando el tejido membranoso.



CÓRNEA

CP54 COLIRIO DE INSULINA, REALMENTE EFECTIVA?

José María Hernández Leonato, Eva María Hernández Tomé, María José Crespo Carvallés, Andrea Martín Herrero, Viara Hrystova Yadvkova, Marta Isabel Martínez Sánchez

Objetivos: El objetivo es presentar, mediante un caso clínico, la gran eficacia y utilidad que puede suponer el colirio de insulina oftálmico a la hora de afrontar el manejo de úlceras corneales complicadas, sobre todo con componente neurotrófico asociado.

Método: Se trata de una paciente de 84 años con antecedentes personales de lesión trigeminal izquierda y que acude al oftalmólogo por padecimiento de una úlcera neurotrófica con bordes sobrelevados en estadio avanzado y con inicio de melting corneal.

Clínicamente, la paciente presenta un ojo rojo no doloroso desde hace varias semanas. Se evidencia ausencia completa de sensibilidad corneal a la palpación con hemosteta de los cuatro cuadrantes corneales.

Desde el inicio se pauta tratamiento con colirio de insulina 1 UI/ml 5 veces al día y profilaxis antibiótica con ofloxacino tópico asociado a lubricación con lágrimas artificiales. Además, se protege la superficie corneal con una lente de contacto terapéutica con vigilancia estrecha de la paciente dado el alto riesgo de perforación que presenta.

Resultados: A los dos días tras el inicio del tratamiento, aparecen unos depósitos blanquecinos en la superficie inferior de la úlcera compatibles con depósitos por quinolonas, por lo que se cambia la profilaxis antibiótica a colirio de tobramicina tópica.

En posteriores revisiones, los depósitos corneales desaparecen y la úlcera reepiteliza progresivamente desde los bordes con desaparición del melting corneal.

Finalmente, en tan solo 3 semanas, la córnea reepiteliza por completo quedando un gran leucoma con neovascularización conjuntival en toda su superficie.

Conclusiones: A día de hoy, la experiencia clínica en el empleo del colirio de insulina oftálmica y los estudios clínicos que demuestran su eficacia no son muy extensos. De hecho, al tratarse de un tratamiento novedoso, el empleo del colirio de insulina como fármaco reparador corneal todavía no se ha extendido en muchos países desarrollados.

Por ello, con este caso clínico queremos reforzar y demostrar la gran efectividad que puede tener este tratamiento médico ante úlceras neurotróficas de gravedad extrema.

Por otro lado, teniendo en cuenta de que se trata de un medicamento que actúa sobre el mantenimiento del equilibrio del epitelio corneal, también sería interesante realizar estudios que evaluaran la eficacia del colirio de insulina como tratamiento complementario para el manejo del ojo seco. Quizá podría también suponer una alternativa de tratamiento para esta patología.



CÓRNEA

CP55 UNA QUERATITIS INFECCIOSA DEVASTADORA

Ana Hernaiz Cereceda, Armando Gutiérrez Cuesta, Teresa Toledo Arizón, Nuria Alonso Santander, Jesús Torres Dimas, Mercedes Tabares Sánchez

Objetivos: Destacar el enorme desafío que continúa suponiendo el tratamiento de la queratitis infecciosa (QI) en cada paso; desde el diagnóstico precoz hasta la elección de un tratamiento adecuado, particularmente en casos de QI refractaria.

Método: Presentación de un caso clínico de QI bilateral en un varón de 25 años, usuario de lentes de contacto blandas (LCB) mensuales con malas medidas de higiene. En la exploración inicial, la agudeza visual corregida (AVC) es 0.5 en ojo derecho (OD) y 0.8 en ojo izquierdo (OI) y se aprecia una úlcera corneal central con infiltrado perilesional de aspecto infeccioso, de mayor tamaño y profundidad en OD. El cultivo microbiológico corneal y del líquido de LCB y la biopsia corneal OI resultan negativos. Se inicia tratamiento empírico tópico con tobramicina, moxifloxacino y neomicina cada 2 horas, añadiendo posteriormente voriconazol 1% tópico y oral por sospecha clínica de queratitis fúngica. La respuesta al tratamiento es satisfactoria en OI con recuperación visual completa y leve leucoma residual. Sin embargo, el OD presenta una evolución tórpida con adelgazamiento progresivo estromal central y aumento del infiltrado que conduce a perforación ocular espontánea precisando recubrimiento con colgajo conjuntival total, trasplante de membrana amniótica (TMA) y finalmente, queratoplastia penetrante (QPP) con extracción de catarata e implante de lente intraocular y cirugía de glaucoma para control postoperatorio de la presión intraocular (PIO).

Resultados: El examen histológico del botón corneal arroja de nuevo un resultado negativo, pero la PCR es positiva para hongos. Tras la QPP el injerto corneal se mantiene transparente, sin signos de rechazo ni recidiva de infección. Sin embargo, el resultado visual es muy pobre con AVC final de percepción luminosa. La inflamación concomitante por la infección y la perforación ocular dieron lugar a sinequias anteriores extensas con cierre angular, aumento consecutivo de la PIO y atrofia óptica secundaria, llegando tarde la QPP terapéutica y ensombreciendo así el pronóstico.

Conclusiones: La QI continúa siendo una de las principales causas de morbilidad ocular, incluso en países desarrollados, donde el uso creciente de LCB supone un factor de riesgo importante. La identificación del patógeno causante es esencial, debiendo prestar atención, en su ausencia, a las características clínicas de QI para instaurar una terapia adecuada. Aunque la queratitis fúngica (QF) se puede controlar con éxito en fases tempranas, la terapia tópica y sistémica es menos eficaz en infecciones más profundas y puede progresar a perforación o endoftalmitis. Ante QF refractaria se debe optar por un tratamiento quirúrgico temprano. El colgajo conjuntival y el TMA se han descrito como técnicas eficaces cuando no se dispone de tejido corneal donante. Sin embargo, aunque la QPP en caliente tiene peor pronóstico, puede ser terapéutica y es de elección para controlar la infección y las posibles consecuencias de la inflamación intraocular asociada que pueden llegar a ser devastadoras.



CÓRNEA

CP56 FACOEMULSIFICACIÓN CON IMPLANTE DELENTE INTRAOCULAR MÁS DESCOMETORREXIS SIN TRASPLANTE ENDOTELIAL (DWEK) EN LA DISTROFIA DE FUCHS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA (HUN)

Ana Jiménez Alonso, Leire Olazarán Gamboa, Lara Berástegui Arbeloa, Íñigo Salmerón Garmendia, Nerea Gangoitia Gorrotxategui, Ane Galarza López

Objetivos: El propósito principal de este trabajo es realizar una descripción de un caso intervenido de facoemulsificación más implante de lente intraocular (FACO + LIO) y descemetorrexis sin trasplante endotelial en un mismo tiempo como tratamiento quirúrgico de Distrofia de Fuchs en etapa temprana.

El propósito secundario es describir el papel de pruebas complementarias en la selección de candidatos para la cirugía y la monitorización del postoperatorio.

Método: Se presenta una descripción de una paciente sometida a cirugía de catarata combinada con DWEK en el Hospital Universitario de Pamplona (Navarra).

Como criterios para la inclusión a la cirugía: la mejor agudeza visual corregida (MAVC) debía ser inferior a 0.5, guttas confluentes centrales, población endotelial periférica estructurada y grosor corneal < 600 micras.

En el acto quirúrgico, tras la facoemulsificación con implante de lente intraocular monofocal y bajo viscoelástico, se realiza descemetorrexis circular central de 4.5 mm con gancho de Sinsky invertido. Se lava el viscoelástico y se cierran las incisiones sin inyectar aire ni gas en cámara anterior.

En el postoperatorio inmediato, se instaura régimen de pauta descendente de antibiótico + corticoide y colirio antiedema 3 veces al día hasta la revisión de las 3 semanas.

Los métodos de valoración postquirúrgicos fueron la MAVC, transparencia corneal, el recuento de células endoteliales a nivel central y OCT de segmento anterior (OCT-SA). También se considera como parte de la monitorización la clínica subjetiva del paciente.

Resultados: Paciente de 71 años remitida por disminución de MAVC en ambos ojos (AO). En exploración oftalmológica: MAVC ojo derecho (OD): 0.32 que no mejora con corrección y ojo izquierdo (OI): 0.4 con +5 (-0.75 a 60°). En biomicroscopía (BMC) AO; guttas confluentes centrales con dispersión de pigmento, cámara anterior estrecha y catarata nuclear. PIO Goldmann: 18 mmHg. Fondo de ojo AO normal. Paquimetría 570/585 μm . Recuento endotelial central OD: 582 cels/mm² OI: 654 cels/mm² con mejor densidad (aprox. 1000 cels/mm²) y calidad celular periférica. Se decide FACO+DWEK en OD con anestesia tópica y sedación. A las 24 horas, se aprecia edema corneal central y pseudofaquia correcta. En 3 semanas, MAVC OD 0.5 con +0.75 (-1.75 a 120°), la BMC revela cornea transparente y engrosamiento sutil del estroma entre la zona de descemetorrexis e incisión. La microscopía endotelial demuestra una repoblación celular correcta todavía con bajo recuento central (326cels/mm²) pero con buen aspecto y disposición celular. La OCT-SA muestra hiperrefringencia continua en membrana de Descemet, indicando repoblación activa de células endoteliales periféricas. Grosor corneal <600 μm . La paciente está satisfecha, destaca la ausencia de aberraciones ópticas y la nitidez

Conclusiones: La técnica de DWEK ha surgido como parte del arsenal quirúrgico en el tratamiento de las fases iniciales de la Distrofia de Fuchs, permitiendo la recuperación de la transparencia corneal sin necesidad de trasplantar tejido heterólogo, con la ventaja que esto supone en cuanto a evitar tratamiento crónico corticoideo y riesgo de rechazo. Según nuestra experiencia, FACO-DWEK es un procedimiento seguro y eficaz en casos seleccionados de distrofia endotelial incipiente. La paquimetría y OCT-SA nos ayudan a monitorizar el edema estromal corneal, ya que en casos muy avanzados de la enfermedad y con grosores >600 micras, el paciente no es apto para DWEK. La microscopía endotelial debe mostrar buena reserva de células endoteliales periféricas. Destacar la rápida y espontánea recuperación de la paciente, que en 3 semanas ha conseguido recuperar la transparencia corneal y repoblar de células endoteliales la zona de la descemetorrexis, sin necesidad de tratamiento con inhibidores de la Rho-kinasa.



CÓRNEA

CP57 LAS OPACIDADES CORNEALES COMO SIGNO DE ALARMA ANTE LO QUE PUEDE PARECER UN PTERIGIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Anna Jiménez i Garcés, Estefania Elizabeth Salcedo Mafla, Pablo Infiesta Madurga, Teresa Torrent Solans

Objetivos: El objetivo de la revisión de este caso clínico es repasar el diagnóstico diferencial de las opacidades corneales, y pensar en ellas como un signo de alarma ante un paciente con un pterigion, pues pueden indicar un trastorno neoplásico subyacente.

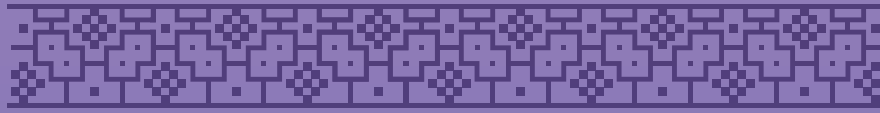
Método: Presentamos el caso de una paciente de 60 años que consulta por una lesión conjuntival que podría catalogarse como pterigion en el ojo derecho. A la exploración se observan, además de esta lesión, unas opacidades corneales superiores de bordes festoneados.

Tras descartar entidades que suelen afectar a la periferia corneal, como la degeneración marginal de Terrien y la queratitis marginal superficial de Fuchs por la ausencia de adelgazamiento en la tomografía de coherencia óptica de segmento anterior, o la deficiencia de células madre del limbo por la ausencia de defectos epiteliales de repetición y de conjuntivalización corneal, se decide extirpar toda la lesión para poder realizar una biopsia.

Resultados: Los resultados de la biopsia muestran una neoplasia intraepitelial conjuntival (CIN) con mínima atipia epitelial corneal, por lo que se inicia tratamiento con colirio de mitomicina C al 0,02%.

La neoplasia intraepitelial conjuntival es una lesión premaligna que puede acabar transformándose en un carcinoma de células escamosas, por lo que es muy importante el tratamiento, quirúrgico y/o con quimioterápicos tópicos. Su extensión corneal suele presentarse como una lesión translúcida y de bordes similares a pseudópodos, que se extiende desde el limbo hacia la córnea, descripción que se adapta perfectamente a la lesión de la paciente del caso.

Conclusiones: Las opacidades corneales, sobre todo si tienen los bordes festoneados y están asociadas a lesiones limbares, pueden formar parte de una lesión premaligna que, si no se trata, puede acabar transformándose en una neoplasia de células escamosas con potencial metastásico, por lo que son muy importantes el diagnóstico y el tratamiento precoces.



CÓRNEA

CP58 EFECTO DEL COLIRIO DE INSULINA EN LA REEPITELIZACIÓN Y REGENERACIÓN ESTROMAL EN EL DESCEMATOCELE CORNEAL

Almudena Miláns del Bosch de Linos, Clara de Heredia Pastor, Bárbara Burgos Blasco, David Díaz Valle, Mayte Ariño Gutiérrez, Pilar Pérez García

Objetivos: Estudiar el efecto del colirio de insulina en la reepitelización y regeneración estromal del descematocele corneal.

Método: El seguimiento del grosor e integridad de la córnea de un paciente con descematocele corneal secundario a una úlcera infecciosa con tomografía de coherencia óptica de segmento anterior e imágenes de lámpara de hendidura. Las mediciones del grosor corneal en la posición más fina fueron tenidas en cuenta para evaluar la reepitelización y la regeneración estromal.

Resultados: Tras tres semanas de tratamiento con colirio de insulina cuatro veces al día, el adelgazamiento corneal con protrusión de la membrana de Descemet pasó de un grosor de 60 μm en la posición corneal más fina a 257 μm en la posición más fina, revelando además de una gran reepitelización, una importante regeneración del estroma corneal.

Conclusiones: El colirio de insulina es un tratamiento efectivo en el descematocele corneal. En nuestro caso, demostramos con imágenes de tomografía de coherencia óptica de segmento anterior una gran reepitelización y regeneración estromal que condujo a una gran reestructuración de la morfología corneal.



CÓRNEA

CP59 ATOPIA Y HERPES SIMPLE OCULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DE CIRUGÍA COMBINADA DE QUERATOPLASTIA PENETRANTE Y CATARATA A CIELO ABIERTO TRAS PERFORACIÓN OCULAR»

Vicente Miralles Pechuán, Ana Fernández Hortelano, Julio González Martín-Moro, Lorena Picasso Simon, Vanesa Mittendrein, Rosario Cobo Soriano

Objetivos: En este póster se demuestra la importancia del estrecho seguimiento y manejo del tratamiento médico y quirúrgico en la patología de superficie corneal herpética y la dermatitis atópica a propósito de un caso clínico.

Método: Se presenta una historia clínica detallada y documentación fotográfica de alta calidad tanto de las pruebas diagnósticas como de la cirugía del paciente. Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed combinando las palabras clave: queratoplastia penetrante, queratitis estromal herpética, queratitis neurotrófica herpética y atopia. Se analizaron los artículos completos escritos en inglés, español o francés.

Resultados: Paciente frotador con atopia mal controlada y antecedentes herpéticos que acude a la Urgencia por visión borrosa en OI. Su AV en el OI es de MM. Presenta una úlcera neurotrófica con desepitelización. Se instaura tratamiento con tratamiento antiviral, colirio de insulina y pomada anti-edema resolviéndose favorablemente el cuadro. Un mes después, el paciente acude con una queratouveítis herpética y una microperforación central sobre el leucoma previo. Se pone lente de contacto y se pautan colirios de insulina y antibiótico, suero autólogo y antiviral oral y al día siguiente se observa el cierre de la perforación. 24 horas después, la imagen es de un descematocele paracentral nasal con menor adelgazamiento con aparición de hipopion. La ecografía muestra ecos vítreos y se ponen vancomicina y ceftazidima intravítreas asociando colirio antibióticos reforzados. Se toman muestras para cultivo que salen negativas. Se realiza cirugía combinada de catarata a cielo abierto con queratoplastia penetrante. En el postoperatorio se produce edema macular que se trata con implante de Dexametasona IV y desarrolló una membrana epirretiniana que fue intervenida con una vitrectomía con pelado de MLI. Actualmente el paciente presenta una AVCC de 1/2.

Conclusiones: El VHS y la dermatitis atópica, sobre todo en pacientes frotadores, puede causar graves complicaciones en la superficie corneal que conllevan a una importante pérdida de visión e incluso ceguera si no se trata adecuadamente. El VHS y la dermatitis atópica pueden provocar recurrencias frecuentes y crónicas, lo que representa un desafío clínico en el día a día. Es imprescindible conocer los diferentes tratamientos que poseemos, tanto médicos como quirúrgicos, para combatir de la mejor manera posible estas patologías tan frecuentes en nuestro medio.



CÓRNEA

CP60 TRATAMIENTO DE LA DEGENERACIÓN NODULAR DE SALZMANN MEDIANTE QUERATECTOMÍA ASISTIDA POR LÁSER DE FEMTOSEGUNDO

Valia Monforte Gómez, Ramón Calvo Andrés, Isabel Soler Sanchís, Paloma Montanchez Ruiz, Lucía Mata Moret, Enrique Cervera Taulet

Objetivos: El objetivo de este estudio es valorar la eficacia y seguridad del tratamiento de la degeneración nodular de Salzman mediante queratectomía asistida por el láser de femtosegundo. Esta patología causa una disminución de la agudeza visual (AV) principalmente por la generación de un astigmatismo irregular. A día de hoy existe poca evidencia de la realización de esta técnica asistida por láser de femtosegundo.

Método: Presentamos una serie de tres casos clínicos, dos paciente y tres ojos con diagnóstico de degeneración nodular de Salzmann. El paciente 1 no tenía antecedentes de interés. El paciente 2 había sido intervenida de lásik miópico hacía 10 años. El estudio preoperatorio ha incluido un estudio oftalmológico completo, AV, refracción, topografía corneal, OCT-SA y exploración en LH completa.

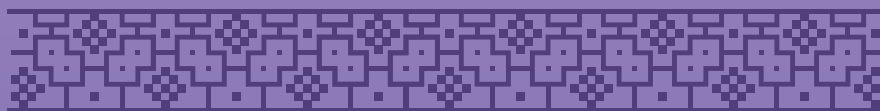
La cirugía con láser se ha realizado mediante la plataforma Victus. La técnica quirúrgica ha consistido en la realización en ambos ojos del paciente 1 de un plano de corte mediante una modificación del protocolo de anillos con una profundidad y tamaño ajustado a la lesión, energía 1.6 mj, spot 4x6, frecuencia de cortea 80 Khz En el paciente 2 se usaron los mismos parámetros pero se realizó el plano a una profundidad de 100 micras para evitar un posible daño al flap. Posteriormente se ha realizado la exéresis de las lesiones mediante una exeresis simple sobre el plano creado. A nivel posoperatorio se ha realizado 2 exámenes en los días 7 y 30 postoperatorios. Se realizó un estudio que incluyó las mismas pruebas que en el estudio preoperatorio.

Resultados: A nivel preoperatorio se objetivó: Paciente 1 OD: AV 0.6. Refacción +10-8*70. Topografía: astigmatismo corneal 3.36 dioptrías (D). Paciente 1 Olzq AV 0.5 Refracción +8-7,5*75. Astigmatismo corneal 3,59D. Paciente 2 OD AV 0.5. Refacción +6-3,75*40. Topografía: astigmatismo corneal 4.3 (D). La OCT-SA y lámpara de hendidura mostraron lesiones nodulares que afectaban a nivel del estroma anterior.

A nivel postoperatorio se objetivo: Paciente 1 OD: AV 1. Refacción +10-8*70. Topografía: astigmatismo corneal 0.42 dioptrías (D). Paciente 1 Olzq AV 1 Refracción +8-6*55. Astigmatismo corneal 1,90D. Paciente 2 OD AV 0.5. Refacción +3,5-3*40. Topografía: astigmatismo corneal 3.9 dioptrías (D). En todos los casos se observó una mejoría a nivel de OCT-SA con mejoría del grosor de los infiltrados, observando en los dos primeros casos una resolución completa con normalización del perfil y del grosor corneal

En nuestra serie de casos, dos presentan resultados favorables y uno de ellos no, pudiendo ser debido esto a ser un caso secundario a una cirugía de la superficie corneal que dificultaba el cálculo del espesor corneal a tratar.

Conclusiones: Como conclusión, la queratectomía superficial asistida mediante láser de femtosegundo, es una opción válida para el manejo de la degeneración nodular de Salzman, sobre todo en caso primarios. Serían necesarios más estudios para comprar su eficacia con otras técnicas más establecidas.



CÓRNEA

CP61 ENDOQUERATOPLASTIA ASISTIDA CON LÁSER FEMTOSEGUNDO EN PACIENTES DE ALTO RIESGO COMO ALTERNATIVA A LA QUERATOPLASTIA PENETRANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Paloma Montanchez Ruiz, Ramón Calvo Andrés, Valia Monforte

Objetivos: Valorar la eficacia y la seguridad de la endoqueratoplastia en pacientes donde por su perfil de alto riesgo no se pueden realizar cirugías clásicas para el tratamiento del queratocono como la DALK o la queratoplastia penetrante.

Método: Presentamos el caso de una paciente con queratocono grado D con baja agudeza visual que por sus circunstancias (Síndrome de Down profundo con mala colaboración y frotadora ocular crónica) no se aconsejaba realizar una queratoplastia por la dificultad del manejo postoperatorio y el alto riesgo de complicaciones que presentaba la paciente.

La exploración preoperatoria estuvo limitada por la baja colaboración, se objetivó un leucoma corneal central con adelgazamiento estromal asociado y periferia transparente, signo de Munson positivo.

Mediante la plataforma de femtosegundo Victus se talló un injerto de 8 mm y 150 micras, tras retirar el epitelio, se utilizó una energía de 1,6 mj y 160 khz de frecuencia en la córnea donante. Posteriormente se hizo un bolsillo en la córnea receptora a 180 micras con 9 mm de diámetro y una incisión de 50°. Se insertó el lentículo de córnea donante sin complicaciones y se dieron dos puntos de sutura de nylon 10/0.

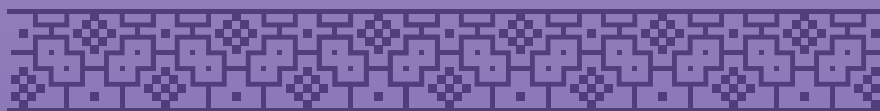
En el postoperatorio inmediato se logra realizar una OCT corneal donde se observa el lentículo bien posicionado.

Resultados: Tras el procedimiento, la paciente presentó menor abombamiento corneal y una disminución de la progresión del queratocono.

En las posteriores visitas se mantiene una estabilidad del injerto sin signos de rechazo y una buena cicatrización de la incisión utilizada para la inserción del mismo.

Actualmente presenta una mejoría subjetiva de la visión y se ha logrado una disminución del riesgo de hydrops agudo al mejorar el grosor paquimétrico.

Conclusiones: La endoqueratoplastia asistida con láser femtosegundo es una técnica eficaz y segura para frenar la progresión y disminuir el riesgo de hidrops en pacientes cuyas características no permitan realizar cirugías clásicas del queratocono como la queratoplastia o la DALK.



CÓRNEA

CP62 QUERATITIS ULCERATIVA PERIFÉRICA IDIOPÁTICA: REPORTE DE UN CASO

Stefany Montoya Ortega, Beatriz Torrellas Darvas, Ana Alexandra Sempere Esteve,
Daniela Ortiz Vaquerizas

Objetivos: Describir y analizar las diversas enfermedades sistémicas y oculares a las que puede asociarse la queratitis ulcerativa periférica así como revisar el manejo multidisciplinar de esta entidad, presentando un caso característico.

Método: Análisis descriptivo y evaluación del diagnóstico diferencial de la etiología subyacente de un caso de queratitis ulcerativa periférica.

Resultados: Paciente de 36 años, sin antecedentes de importancia, quien consulta por clínica de sensación de cuerpo extraño, enrojecimiento ocular y lagrimeo de un día de evolución en el ojo derecho (OD), niega sintomatología en el ojo izquierdo (OI). A la exploración destaca agudeza visual (AV) de movimiento de manos (MM) en (OD) y 1 en (OI) respectivamente. En la biomicroscopía se observa en el OD escleritis nasal, adelgazamiento corneal estromal en los 360° de la corneal periférica, y defecto epitelial limbar con infiltración en semiluna a hora 4 sin evidencia de reacción en cámara anterior. En el OI se observa hiperemia conjuntival con conjuntivalización en los 360° de la corneal periférica e insuficiencia límbica sin más hallazgos relevantes. La fundoscopia es normal en ambos ojos. Se toma muestra de raspado corneal para cultivos y se inicia el tratamiento tópico con corticosteroides y ciprofloxacina y tetraciclina oral. Se realiza estudio infeccioso e inflamatorio extensivo que es normal. Se realiza seguimiento de la paciente con mejoría de la sintomatología.

Conclusiones: La queratitis ulcerativa periférica puede ser la manifestación inicial de una enfermedad sistémica autoinmune con alta morbimortalidad. Por lo tanto, el manejo inicial de urgencias debe incluir un estudio infeccioso e inflamatorio completo, y un estricto seguimiento multidisciplinario, incluso si en algunos casos no se logre establecer la causa.



CÓRNEA

CP63 NEUROTIZACIÓN CORNEAL CON NERVIIO AURICULAR MAYOR COMO DONANTE EN QUERATOPATÍA NEUROTRÓFICA POR HIPOPLASIA TRIGEMINAL CONGÉNITA BILATERAL

Leire Olazarán Gamboa, Ana Mabel Jiménez Alonso, Priscila Viotto, Ester Casas Gimeno, Hugo González Valdivia, Joan Prat Bartomeu

Objetivos: La neurotización corneal es una técnica quirúrgica indicada en la queratopatía neurotrófica moderada a severa mediante la transferencia de nervios sanos, ya sea directamente o a través de un injerto, a la córnea anestesiada. El objetivo es presentar el caso de un paciente pediátrico con hipoplasia trigeminal congénita intervenido de neurotización corneal indirecta utilizando el nervio sural como puente y el nervio auricular mayor como donante.

Método: Niña de 4 años derivada por ausencia de reflejo corneal y sequedad ocular en ambos ojos (AO). La resonancia magnética nuclear es compatible con hipoplasia trigeminal congénita. Está en tratamiento con lubricantes y antihistamínico para evitar el rascado. Presenta mejor agudeza visual corregida (MAVC) de 20/50 en AO. En la biomicroscopía, queratopatía punteada superficial difusa sin leucomas corneales. El cuadro es compatible con una queratopatía neurotrófica por anestesia corneal congénita. Ante la tórpida evolución, se prueban diferentes opciones de tratamiento: colirio de insulina, colirio extraído de membrana amniótica, colirio de cordón umbilical y lente de contacto terapéutica, entre otros. Sin embargo, AO desarrollan cambios neurotróficos y la MAVC disminuye a 20/25. En la biomicroscopía se observa, persistencia de la queratopatía punteada superficial difusa, leucomas corneales centrales, defectos epiteliales con irregularidad epitelial en AO.

Resultados: Se decide intervenir de neurotización corneal indirecta utilizando el nervio auricular mayor como donante y el nervio sural como injerto. El ojo derecho en primer lugar. Se realiza bajo anestesia general de manera conjunta entre el servicio de oftalmología y de cirugía plástica. El nervio sural derecho se obtiene a través de incisiones en el maléolo lateral. Incisión preauricular derecha y disección continúa hasta exponer las ramas del nervio auricular mayor. Disección supraparotídea para llevar el injerto al espacio subtenon a través del fórnix inferior. Se realiza anastomosis de extremo a extremo entre nervio auricular mayor y el nervio sural con sutura no absorbible de poliamida 10-0. El nervio se divide en fascículos que se distribuyen uniformemente en los 4 cuadrantes del limbo. Se pasa la sutura no absorbible de poliamida 10-0 alrededor del nervio y después, se sutura a esclera. Tenon y conjuntiva se cierran con sutura absorbible de poliglactina 8-0. Se realiza tarsorrafia temporal durante 1 semana. Se indica pomada de dexametasona fosfato sódico y cloranfenicol en el ojo operado. Presenta buena evolución postoperatoria.

Conclusiones: La neurotización corneal es una técnica quirúrgica que pretende restaurar la integridad corneal y prevenir las posibles complicaciones de la queratitis neurotrófica, como defectos epiteliales persistentes que conducen a la perforación. El uso del nervio auricular mayor para la neurotización corneal es de especial interés en casos de anestesia congénita bilateral del trigémino, ya que evita la inervación del trigémino y al ser nervio de calibre grande, proporciona una gran cantidad de axones y la pérdida de sensibilidad que produce se limita a una pequeña área de la zona de la glándula parótida.



CÓRNEA

CP64 LENTES DE APOYO ESCLERAL COMO MEDIDA TERAPÉUTICA EN NIÑA DE 4 AÑOS CON QUERATITIS NEUROTRÓFICA BILATERAL CONGÉNITA

Daniela Ortiz Vaquerizas, Beatriz Torrellas Darvas, Stefany Montoya Ortega, Núria Planas Domenech

Objetivos: Describir el caso de una niña con hipoplasia bilateral del nervio trigémino que presenta úlceras corneales de repetición y baja visión secundaria a queratitis punteada superficial (QPS) refractaria a múltiples tratamientos, y que finalmente se consigue controlar mediante adaptación de lentes de contacto (LC) de apoyo escleral con su graduación y rellenas con lágrima artificial (LA) sin conservantes e incolora.

Método: Infante de 15 meses traída por su madre por contacto ocular con ambientador, y que tras tratarla según protocolo de causticados se detecta una excesiva colaboración durante el examen en lámpara de hendidura y la aplicación de los tratamientos oculares. Se realiza test de sensibilidad corneal, detectándose anestesia corneal bilateral. Se inicia estudio neuropediátrico y a nivel oftalmológico se sigue por QPS difusa bilateral, refractaria a diferentes tratamientos y con defectos epiteliales recurrentes. Se descubre hipoplasia bilateral congénita de nervio trigémino. A los 3 años se consiguen agudezas visuales (AV) de 0.2/0.2 y persiste QPS escala Oxford 4/4 pese a haberse probado los siguientes tratamientos: geles y pomadas lubricantes sin conservantes, colirio de extracto de membrana amniótica, LC terapéuticas y antibiótico tópico, colirio de insulina, gafas y parche tipo cámara húmeda, tacrolimus pomada oftálmica, ciclosporina A colirio, colirio de plasma de cordón umbilical. La AV disminuye progresivamente por aparición de leucomas centrales bilaterales tras defectos epiteliales de repetición. Finalmente, a la edad de 4 años y con AV de 0.09/0.18, se decide adaptar LC de apoyo escleral y rellenas con LA transparente.

Resultados: Tras la adaptación de las LC de apoyo escleral la AV mejora a 0.5/0.7, desaparece el QPS, y mejora progresivamente la transparencia de los leucomas centrales. La infante tolera muy bien las LC y la escuela ha sido instruida en la manipulación de dichas lentes. Actualmente está pendiente de neurotización corneal, que será realmente la posible solución definitiva.

Conclusiones: Las lentes de contacto de apoyo escleral constituyen una herramienta más en el tratamiento de la queratitis sicca. No sólo corrigen las aberraciones ópticas debidas a irregularidad corneal, mejorando así la visión y la calidad visual, si no que proporcionan protección y lubricación corneal continua si se rellenan de LA transparente y sin conservantes. Al tratarse de lentes que se apoyan sobre la conjuntiva escleral y no la córnea, se toleran mejor en pacientes con problemas de superficie. Una correcta instrucción sobre su uso y manipulación permite su adaptación incluso en pacientes pediátricos, en los que el desarrollo visual es crucial para evitar la ambliopía.



CÓRNEA

CP65 DIFERENTES FORMAS DE PRESENTACIÓN DE QUERATITIS INFECCIOSA AMEBIANA

María de la Cruz Roa Reyes, José Gálvez-Olortegui, María Fernández García,
Marta Álvarez Coronado, Raquel Guerra-Velasco García

Objetivos: La queratitis amebiana es una entidad poco frecuente, con una incidencia entre el 1% y 2% de las queratitis infecciosas. Su presentación es muy variable e inespecífica lo que produce un retraso en el tratamiento.

Método: Descripción de 3 casos clínicos de diagnóstico reciente de queratitis por acantamoeba en nuestro centro con diferentes formas de presentación.

Resultados: Caso 1, varón 49 años portador de lentillas remitido por queratitis pseudodendrítica con PCR y cultivo negativos con mala evolución tras tratamiento antivírico por lo que se añade clorhexidina 0.02% y se realiza microscopía confocal visualizando quistes amebianos. Se añade hexamidina 0.1% con respuesta parcial por ello se cambia a propamidina 1% con buena evolución.

Caso 2, mujer 33 años portadora de lentillas, se observa una queratitis dendrítica con buena respuesta a tratamiento antivírico. La paciente no asiste a revisión y acude de nuevo por dolor intenso ocular; se ven infiltrados perineurales, afectación disciforme estromal y placa endotelial. Se realiza microscopía confocal donde se ven quiste amebianos con doble pared. Se plantea hexamidina 0.1% y clorhexidina 0.02%; con evolución satisfactoria.

Caso 3, mujer 38 años portadora de lentillas con molestias de un mes de evolución, presenta edema corneal anular con pliegues en descemet y afectación endotelial, se propone tratamiento antivírico, siendo PCR y cultivos negativos. Dada la mala evolución se pauta clorhexidina 0.02% y se realiza microscopía confocal confirmándose queratitis amebiana. Acude a centro privado donde realizan queratoplastia lamelar con buena evolución.

Conclusiones: La queratitis por Acanthamoeba supone un verdadero reto diagnóstico dado que su presentación clínica puede asemejar a la producida por herpes simple, bacterias y hongos. No se debe excluir el diagnóstico de sospecha de esta entidad ante queratitis con parcial estabilización con tratamiento antivírico, antibiótico o con corticoides. Se pueden realizar técnicas como la PCR, histología y cultivos que debido a la baja sensibilidad puede causar alta tasa de falsos negativos por lo que la microscopía confocal tiene que considerarse al ofrecer altas tasa de sensibilidad y especificidad.



CÓRNEA

CP66 EFECTIVIDAD DE LA INSULINA TÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS DE LA SUPERFICIE CORNEAL. SERIE DE CASOS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Íñigo Salmerón Garmendia, Ana Jiménez Alonso, Nerea Gangoitia Gorrotxategi, Leire Olazarán Gamboa, Lara Berategi Arbeloa, Ana Sofía Arguelles

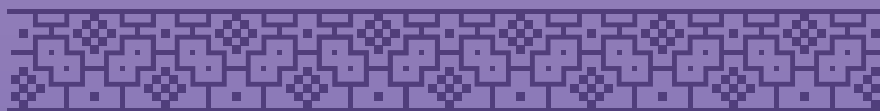
Objetivos: El propósito es analizar y describir los resultados obtenidos mediante el uso de colirio de insulina en una serie de casos con patología de superficie ocular, los cuales fueron atendidos en nuestro hospital terciario.

Método: Se llevó a cabo un estudio descriptivo y retrospectivo que incluyó a un total de 17 pacientes tratados en algún momento con colirio de insulina en nuestro hospital terciario. Además, se realizó una revisión bibliográfica sobre este tema, considerando que se trata de una terapia novedosa, con el objetivo de analizar los resultados clínicos obtenidos en la práctica médica diaria en pacientes con patología de la superficie ocular.

Resultados: Esta base de datos recoge los resultados de 17 pacientes que han recibido o están recibiendo tratamiento con colirio de insulina (posología). 10 (58,83%) son de género masculino y 7 (41,16%) femenino, con una edad media de 57 años (rango 2-98 años). En 6 casos (35,2%) la indicación ha sido por queratitis, en 9 casos (52,9%) por úlcera corneal de evolución tórpida. 5 casos han respondido completamente, mientras que 7 parcialmente, siendo mejor la respuesta en casos de úlceras neurotróficas que en casos de queratitis. El tiempo medio de curación fue de 3 meses. Uno de los casos presentó una microperforación córnea sobre una úlcera neurotrófica; con el uso del colirio de insulina epitelizó sin precisar intervención quirúrgica. El tratamiento con colirio de insulina ha sido siempre tratamiento coadyuvante junto con otros (colirios, oral...). Esto puede suponer una limitación de este estudio, por el uso concomitante de varios tratamientos junto con la insulina. No hay complicaciones asociadas al colirio.

Conclusiones: La insulina tópica como terapia emergente para el tratamiento de patologías corneales es una posibilidad terapéutica a considerar, mayormente enfocados en su uso en úlceras neurotróficas refractarias a otras terapias médicas y quirúrgicas, pudiendo ser también extrapolable a varios tipos de defectos epiteliales corneales persistentes de origen no infeccioso.

La presencia de receptores de insulina y del factor de crecimiento similar a la insulina 1 (IGF-1) en la córnea y la glándula lagrimal, junto con la mayor prevalencia de queratopatía en pacientes diabéticos, sugiere su posible contribución a la cicatrización de heridas corneales. Como se ha observado en esta serie de casos, la insulina tópica demuestra resultados prometedores como tratamiento temprano, económico y efectivo para las úlceras persistentes. No obstante, aún no se considera un tratamiento estándar o ampliamente aceptado, por lo que se requieren más estudios para determinar su papel como tratamiento de primera línea.



CÓRNEA

CP67 QUERATITIS CRISTALINA FUNGICA TRAS DMEK

Ana Señaris González, Marta Álvarez Coronado, Begoña Baamonde Arbaiza, Sandra Macías Franco, Sara Valdés Álvarez, María Fernández García

Objetivos: Describir un caso de queratitis cristalina fúngica tras cirugía de queratoplastia lamelar posterior tipo DMEK.

Método: Paciente varón de 82 años intervenido de queratoplastia endotelial tipo DMEK por Distrofia Endotelial de Fuchs. La cirugía transcurre sin complicaciones. En el postoperatorio presenta despegamiento del injerto menor de 1/3, temporal inferior, con leve plegamiento, por lo que se decide realizar Rebubbling tras 15 días de la cirugía. Tras el Rebubbling la zona despegada se aplica pero mantiene pliegue que aumenta el espacio entre la descemetorexis y el borde del injerto, provocando zona de edema sectorial temporal inferior con engrosamiento estromal y epitelial. Se realiza un intento de retirar lente de contacto terapéutica (LCT) pero presenta episodio de dolor por defecto epitelial. Ante la posibilidad de desepitelización se mantiene porte de LCT hasta mejoría, con cobertura con antibiótico tópico una vez al día, además del tratamiento habitual con colirio de fluorometalona 4 veces al día. Tras 2 meses de evolución, en una de las revisiones periódicas, se observan dos infiltrados subepiteliales de borde plumoso, sin defecto epitelial y sin reacción inflamatoria en CA. Ante la sospecha de queratitis cristalina se realiza raspado corneal para cultivo y se instaura tratamiento tópico intensivo con antibióticos.

Resultados: El resultado del raspado es positivo para Candida parasilopsis por lo que se cambia el tratamiento a colirio de voriconazol, con mejoría progresiva del cuadro. El tratamiento consigue reepitelización y resolución lenta del infiltrado intraestromal. En la actualidad su Agudeza Visual Corregida (AVC) es de 0,5, su contaje endotelial es de 1037 celdas y su paquimetría de 500 micras. Mantenemos pauta de voriconazol tópico cada 24h.

Conclusiones: La cirugía de queratoplastia endotelial tipo DMEK supone un porcentaje muy elevado de las cirugías asociadas a disfunción endotelial. Su recuperación visual es rápida, pero el postoperatorio no está exento de posibles complicaciones, como la descrita. La queratitis cristalina es una patología descrita principalmente en queratoplastias penetrantes o lamelares anteriores, sobre todo asociada a infecciones de puntos. En este caso, se ha asociado a edema corneal crónico debido a lenta recuperación de la población endotelial en el espacio entre el injerto y la descemetorexis. En casos de cirugías con injertos descentrados o desproporción entre el tamaño del injerto (pequeño) y la descemetorexis debemos mantener especial vigilancia de los edemas marginales.



CÓRNEA

CP68 EXPLORANDO LA QUERATITIS INFECCIOSA: VARIANTES ATÍPICAS Y CONSIDERACIONES CLÍNICAS

María Isabel Soler Sanchís, Ramón Calvo Andrés, Valia Monforte Gómez, Paloma Montánchez Ruiz, Lucía Mata Moret, Enrique Cervera Taulet

Objetivos: Exponer y describir una serie de casos de queratitis infecciosa atípicas cuya etiología son gérmenes muy poco frecuentes para describir sus características clínicas, epidemiológicas, microbiológicas y su respuesta al tratamiento

Método: Estudio retrospectivo de casos de queratitis infecciosas atípicas producidos por gérmenes poco frecuentes en 2023 en el Hospital General Universitario de Valencia. Se analizó la frecuencia de estas queratitis, las características epidemiológicas, microbiológicas y clínicas de los gérmenes causantes así como su evolución clínica.

Presentamos tres casos de queratitis infecciosas atípicas que suponen el 0.5% de todas las queratitis bacterianas atendidas en 2023.

Recopilamos datos clínicos detallados, exploración oftalmológica y resultados de cultivo microbiológico. Se realizó la toma de muestras corneales en condiciones asépticas, sembrando las muestras en medios de cultivo bacterianos y fúngicos. Se identificaron los microorganismos implicados en los tres casos y se adecuó tratamiento individualizado para cada paciente tras resultado definitivo de cultivo y sensibilidad antibiótica. Finalmente se realizó un seguimiento periódico para evaluar la respuesta al tratamiento y la evolución de las lesiones.

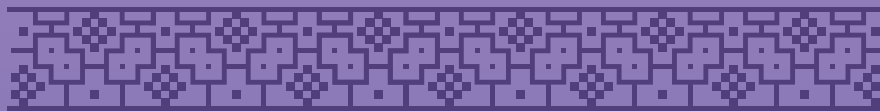
Resultados: El primer caso corresponde a Abiotrophia defectiva, es un coco Gram positivo, anaerobio facultativo, forma parte de la flora de la mucosa oral, gastrointestinal y genital. Nuestro caso presenta una queratopatía cristalina infecciosa, donde típicamente se muestran bacterias entre las lamelas estromales, el antibiograma es sensible a vancomicina y eritromicina, presentado buena evolución tras el tratamiento.

El segundo caso corresponde a Brevibacterium celere. Los brevibacterias son bacilos grampositivos, muy vinculadas a la fermentación de quesos, asociándose a osteomielitis, peritonitis y septicemia. Nuestro caso presenta un absceso estromal que infiltra descemet con respuesta parcial tras el tratamiento con vancomicina debido a la profundidad del infiltrado.

El tercer caso corresponde a queratitis por Curvularia hominis. Incluye hongos filamentosos dematiáceos, reconocidos como patógenos en pacientes inmunocomprometidos. Se relaciona con sinusitis alérgica, infección cutánea y queratitis. La córnea es el sitio más comúnmente infectado. Nuestro caso presentó lesiones grisáceas de bordes irregulares y lesiones satélites en córnea por lo que se inició terapia con Natamicina tópica con muy buena respuesta al tratamiento.

Conclusiones: Las queratitis infecciones atípicas suponen un porcentaje bajo de las infecciones, sin embargo, es importante conocer sus características clínicas y microbiológicas para optimizar el resultado clínico. El cultivo microbiológico es clave para poder diagnosticar estos casos y poder tener un antibiograma que nos pueda guiar en el tratamiento correcto y minimizar las posibles complicaciones asociadas con estas infecciones corneales.

Basándonos en los tres casos presentados es importante destacar que, si bien hemos encontrado casos previamente documentados de Abiotrophia defectiva y Curvularia hominis en la literatura científica, la ausencia de casos relacionados con Brevibacterium celere resalta la singularidad de nuestro hallazgo.



CÓRNEA

CP69 ÚLCERA DE MOOREN: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Julieta Carolina Stefani Vargas, Xavier Pérez Núñez, Javier Santos Gutiérrez, Júlia Nash Monsó, Marina Potau Bermejo

Objetivos: Describir el caso de un paciente con Úlcera de Mooren (UM), una entidad por definición idiopática, de difícil manejo, etiopatogenia aún desconocida y con consecuencias potencialmente devastadoras a nivel visual, pudiendo llegar a la perforación ocular.

Método: Presentamos el caso de un paciente varón de 47 años, con discapacidad intelectual y frotador, quien consulta por dolor ocular izquierdo asociado a una lesión corneal periférica con adelgazamiento estromal asociado. Tras una exploración exhaustiva tanto oftalmológica como sistémica, y tras descartar otras posibles etiologías es diagnosticado de UM.

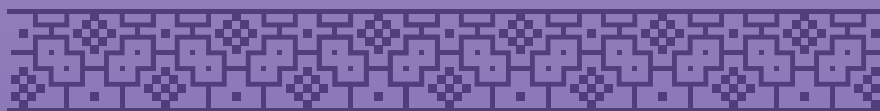
Resultados: Iniciamos el tratamiento con corticosteroides orales a dosis inmunosupresoras, complementados con tacrolimus para inmunosupresión tópica. Ante la falta de respuesta, se integró micofenolato de mofetilo a la terapia oral. El adelgazamiento corneal progresó hacia un estado crítico, alcanzando un grosor de apenas 150 micras y presentando un pronunciado abombamiento de la membrana de Descemet, según se evidenció en la tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (OCT-SA).

Ante esta adversidad, se procedió a una estrategia quirúrgica, realizando una resección conjuntival y cubriendo el defecto corneal con membrana amniótica (MA). No obstante, la aparición de una microperforación autosellada por el iris diez días después nos obligó a implementar un refuerzo mediante un recubrimiento adicional con MA, con un número incrementado de capas.

A un mes de la última intervención quirúrgica, el paciente demostró una notable estabilidad, con la UM completamente epitelizada, aunque manteniendo un adelgazamiento focal.

El manejo continuo con inmunosupresores se ha mantenido hasta la fecha, ocho meses después del diagnóstico inicial, evidenciando una respuesta clínica favorable y estabilidad en el cuadro.

Conclusiones: Este caso de UM ilustra los desafíos inherentes al manejo de esta patología ocular, resaltando la importancia de un manejo interdisciplinario, y un enfoque terapéutico personalizado y dinámico, ante su etiopatogenia aún elusiva y su potencial impacto devastador en la visión.



CÓRNEA

CP70 IMPREGNACIÓN ENDOTELIAL DE PIGMENTO COMO RESULTADO DE UN CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR

Teresa Toledo Arizón, Ana Hernaiz Cereceda, Isaac Ruiz García, Jesús Torres Dimas, Eduardo Pérez-Salvador García, María Ester Zarzosa Martín

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con un cuerpo extraño en cámara anterior que debutó como una dispersión de pigmento en endotelio corneal.

Método: Se presenta el caso de un paciente pseudofáquico de ambos ojos (AO) que debutó con presión intraocular (PIO) elevada en ojo izquierdo (OI) sin otros antecedentes oftalmológicos de interés. La mejor agudeza visual corregida (MAVC) en OI era 0.3 y la PIO 30 mmHg. En la biomicroscopía (BMC) OI se objetivó un leucoma corneal y en la exploración funduscópica una excavación papilar (E/P) de 9/10 sin otros hallazgos de interés. Se pautó tratamiento hipotensor tópico y acetazolamida vía oral. En revisiones posteriores la PIO seguía elevada pese al tratamiento hipotensor y apareció una dispersión de pigmento endotelial y en ángulo iridocorneal que fue aumentando progresivamente. Ante la posibilidad de que pudiera deberse a un herpes de presentación atípica se añadió un antiviral oral al tratamiento. Debido al empeoramiento se llevó a cabo una nueva exploración en la que se observó un defecto de transiluminación iridiano bajo el leucoma, por lo que se solicitó una tomografía computarizada (TC).

Resultados: El resultado del TC arrojó la presencia de un CEIO milimétrico metálico en cavidad anterior, que no se había objetivado previamente en una radiografía proyección de Waters ni en la ecografía ocular. Se intervino quirúrgicamente y finalmente se localizó durante la cirugía en la cara posterior del iris. Tras la extracción, que se llevó a cabo sin complicaciones, la PIO disminuyó a 8 mmHg y la MAVC fue 0.15. La impregnación corneal se mantiene actualmente pero el paciente no presenta dolor.

Conclusiones: Hasta el 48% de los traumatismos oculares (TO) conllevan un CEIO, y de ellos, el 20% van a alojarse en la cavidad anterior del ojo. No es infrecuente que al haber perforado a través una pequeña puerta de entrada ésta se autoselle y el CE permanezca retenido asintóticamente, pudiendo esta situación producir daño endotelial, edema corneal, descompensación corneal debido a la fricción del CE, glaucoma, uveítis o, como en nuestro caso, depósito de pigmento. El material del CE es de gran relevancia, ya que compuestos como el hierro o el cobre pueden acarrear el desarrollo de entidades como la siderosis o la calcosis respectivamente. Nuestro caso supuso un reto ya que el paciente no recordaba TO, por lo que fue precisa una nueva y minuciosa exploración en la que gracias a signos indirectos se constató que lo que en un principio se describió como leucoma, resultó corresponder a una laceración corneal autosellada, y la impregnación endotelial era el resultado de una siderosis ocular.



CÓRNEA

CP71 NÓDULO CORNEAL COMO MANIFESTACIÓN DE REACCIÓN INFLAMATORIA SECUNDARIA A CUERPO EXTRAÑO CORNEAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Teresa Toledo Arizón, Ana Hernaiz Cereceda, Yrbani Lantigua Dorville, Jorge Monasterio Bel, Juan Maximilian Efler Herranz, Armando Gutiérrez Cuesta

Objetivos: Presentar el caso de un paciente que desarrolló una lesión nodular corneal como reacción inflamatoria secundaria a posible cuerpo extraño corneal.

Método: Se presenta el caso de un paciente varón de 63 años con antecedente de traumatismo hacía 2 meses en ojo izquierdo (OI), que acudió a urgencias por sensación de cuerpo extraño y aparición de una lesión blanquecina en córnea de OI cinco días antes. La mejor agudeza visual corregida fue 0.7 en escala decimal. En la biomicroscopía con lámpara de hendidura se apreció un nódulo sobreelevado blanquecino de 3 mm de diámetro, de consistencia dura e inmóvil a la palpación, con neovascularización corneal adyacente y una erosión corneal superficial central sin signos de infección. No se objetivó cuerpo extraño ni reacción inflamatoria en segmento anterior. Asimismo, la exploración fundoscópica no presentó alteraciones de interés. Se tomaron cultivos mediante raspado corneal de la lesión y se inició tratamiento con tobramicina y dexametasona tópicos. La tomografía de coherencia óptica de segmento anterior puso de manifiesto una lesión subepitelial sin afectación aparente ni adelgazamiento del estroma subyacente. Tras la ausencia de mejoría con tratamiento tópico y la presentación de nuevos episodios de ojo rojo y dolor en OI se decidió extirpación quirúrgica de la lesión.

Resultados: Los resultados de los cultivos fueron negativos. Tras la extirpación quirúrgica de la lesión mediante curetaje, se produjo la reepitelización completa de la córnea y la resolución de la sintomatología del paciente, sin haber presentado nuevas incidencias hasta el momento actual. La mejor agudeza visual corregida del paciente fue de la unidad. La anatomía patológica (AP) de la lesión reveló reacción estromal con fibroblastos y células gigantes aisladas multinucleadas secundarias probablemente a cuerpo extraño corneal que no se halló.

Conclusiones: El hallazgo de nódulos corneales es frecuente en la práctica clínica y es necesario estudiar y conocer su causa para realizar un tratamiento adecuado. En este caso se decidió la opción quirúrgica como tratamiento, no solo debido a la resistencia al tratamiento tópico, sino también con fines diagnósticos. En el diagnóstico diferencial debemos tener presente enfermedades infecciosas como el herpes simple, inflamatorias como la queratitis marginal y degenerativas como la degeneración nodular de Salzmann. Aunque nuestro caso no presenta las características típicas y la AP fue inespecífica, ante la presencia de un nódulo corneal con el antecedente de traumatismo ocular o infección se debe sospechar un granuloma piógeno pese a que se trate de una causa poco frecuente.



CÓRNEA

CP72 SHEWANELLA ALGAE, UN PATÓGENO POCO FRECUENTE

Beatriz Torrellas Darvas, Daniela Ortiz Vaquerizas, Ana Alexandra Sempere Esteve

Objetivos: Shewanella algae es un bacilo gram negativo que se encuentra de forma ubicua en el ambiente, sobre todo en ambientes marinos. Las infecciones por esta bacteria son poco frecuentes en humanos por su naturaleza saprofita. En la literatura se encuentran descritos muy pocos casos de afectación ocular por esta bacteria, que suele afectar a pacientes con compromiso de la superficie ocular.

Método: Se presenta el caso de una mujer de 76 años, natural de Guinea Ecuatorial, con antecedentes de hipertensión, infección por VIH, vasculitis livedoide, bocio endotorácico y en tratamiento con diálisis por enfermedad renal crónica que acude a urgencias por molestias en ojo izquierdo de unas semanas de evolución. A la exploración inicial se aprecia úlcera corneal periférica asociada a dellen (con una disminución del grosor corneal mayor al 50% del espesor corneal), pero sin melting. La agudeza visual se encontraba disminuida a movimiento de manos.

En la primera visita se le tomaron cultivos y comenzó tratamiento dirigido contra la infección y el dellen.

Resultados: En una semana se obtuvo el resultado de los cultivos, en los que se apreciaba crecimiento de Shewanella algae, sensible a un amplio espectro de antibióticos. Durante el seguimiento se consiguió eliminar la infección, pero ha necesitado tratamiento y seguimiento estrecho por un defecto epitelial persistente asociado a dellen.

Conclusiones: Shewanella algae es un patógeno que afecta generalmente a tejidos blandos en individuos inmunocomprometidos. Actualmente se encuentran descritos menos de una docena de casos en la literatura por una infección ocular producida por Shewanella algae, de los cuales 2 son queratitis infecciosas y uno es una endoftalmitis secundaria a traumatismo ocular y otro una celulitis periorbitaria.

Es importante conocer los distintos patógenos que pueden producir queratitis infecciosas y documentar qué evolución suelen tener y qué complicaciones pueden presentar.



CÓRNEA

CP73 MANEJO QUIRÚRGICO DE PERFORACIONES CORNEALES

Sara Valdés Álvarez, Alba González Corte, Ana Señaris González, María Fernández García, Marta Álvarez Coronado

Objetivos: Evaluar el manejo de distintos casos de perforaciones corneales desde un punto de vista quirúrgico, teniendo en cuenta factores como la etiología, la localización de la lesión o su profundidad

Método: Se describen una serie de casos de perforación corneal de distinta etiología, tratados con distintos tipos de abordaje quirúrgico y valorando evolución y resultado posterior

Resultados: Se presentan opciones de tratamiento en varios casos de pacientes con perforaciones corneales de diferente etiología y según características de lesión:

— Uso de pegamento tisular en microperforación corneal en defecto epitelial persistente en un caso de EICH.

— Utilidad de injerto conjuntival libre y MA en queratopatía neurotrófica crónica con perforaciones de repetición, en un caso de síndrome de Sjogren severo.

— Utilidad del recubrimiento conjuntival tipo Gundersen en un caso de q. infecciosa severa en portador de LC.

— Uso de derivados de fibrina asociado a MA en perforaciones oculares ocular por queratopatía herpética.

— Uso de matriz de colágeno en perforación herpética recurrente tras varios injertos de membrana.

— Uso de estroma congelado para queratoplastia sectorial en un caso de perforación de origen infeccioso.

— Queratoplastias en caliente en casos de queratitis infecciosa fúngica severa.

Hacemos así un repaso por distintas opciones terapéuticas: uso de pegamentos tisulares, distintos tipos de recubrimiento así como diferentes opciones de colgajos conjuntivales hasta la queratoplastia urgente en los casos más graves. Todo esto con distintas imágenes de cada caso, comparando estado previo y resultado tras su manejo.

Conclusiones: Una perforación corneal siempre será una urgencia oftalmológica.

Para su correcto manejo es necesario tener en mente distintas opciones terapéuticas y una serie de criterios que nos ayuden a tomar la mejor decisión para cada paciente.

El objetivo de esta presentación es dar una imagen clara y muy visual de las distintas posibilidades que tenemos a la hora de tratar a este tipo de pacientes así como los resultados, tanto estructurales como funcionales posteriores.



CÓRNEA

**CP74 SÍNDROME DE FLUÍDO DE LA INTERFASE TRAS DESCOMET STRIPPING ONLY (DSO):
A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS**

Marta Villalba González, Vanessa Díaz Mesa, Álvaro Sánchez Ventosa, Timoteo González Cruces, Alberto Villarrubia Cuadrado, Antonio Cano Ortiz

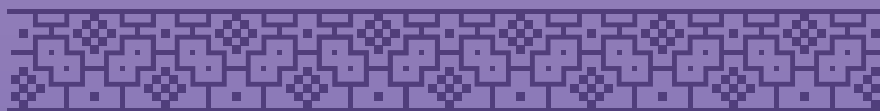
Objetivos: Presentar dos casos clínicos de Síndrome de Fluído de la Interfase (IFS) en el postoperatorio inmediato tras una DSO en pacientes con distrofia endotelial de Fuchs (FED), años después de someterse a cirugía laser-assisted in situ keratomileusis (LASIK).

Método: Se llevó a cabo el seguimiento de dos pacientes con FED, antes y después de la cirugía de catarata y DSO. Se midió la agudeza visual corregida (AV), la presión intraocular (PIO) y se realizó la exploración mediante lámpara de hendidura en ambos ojos (AO). Como pruebas complementarias se realizaron la tomografía de coherencia óptica (OCT) para poder valorar el grosor corneal central (CCT), y la microscopía endotelial para medir la densidad celular (CD).

Resultados: Mujer de 56 años que consultó por pérdida de visión. Se había realizado un LASIK hace 25 años. Su AV era de 20/25 en AO. Presentaba FED con guttas centrales, cataratas en AO y un CCT de 563 μm . Se realizó simultáneamente en el ojo izquierdo (OI) la facoemulsificación de la catarata y una descemetorrexis de 5 mm. Al día siguiente, la paciente presentaba visión borrosa, PIO de 16mmHg y edema corneal y del flap. La OCT mostró un CCT de 883 μm y un aumento de fluído en la interfase, confirmando el diagnóstico de IFS. Se suspendieron los corticoides y 2 semanas después, el fluído y el edema se habían resuelto. 4 meses tras la DSO del OI la AV era de 20/32, la CD era de 1177 células/mm² y el CCT se había reducido a 508 μm .

Varón de 66 años consultó por mala visión. Se había realizado un LASIK hace años. La AV era de 20/25 en el ojo derecho (OD). Presentaba FED con guttas centrales y cataratas en AO. La OCT mostró un CCT de 714 μm y una línea delgada de líquido en la interfase. La cirugía se realizó en el OD igual que en el caso anterior. Al día siguiente el CCT era de 957 μm y el IFS empeoró. Se suspendieron los corticoides tópicos y un mes después el IFS disminuyó. 3 meses tras la DSO la AV era de 20/25 en el OD y el CCT 658 μm .

Conclusiones: Se deben evaluar cuidadosamente las córneas con LASIK previo en pacientes con distrofias endoteliales, así como considerar la posibilidad del desarrollo de IFS tras la cirugía de DSO en pacientes ya intervenidos de LASIK. Además, el IFS puede resolverse únicamente con la repoblación de células endoteliales tras la DSO, sin requerir ningún trasplante endotelial posterior.



REFRACTIVA

CP75 CRECIMIENTO EPITELIAL EN LA ENTRECARA TRAS RESECCIÓN INTRAESTROMAL DE LENTÍCULO (SMILE) CON LÁSER DE FEMTOSEGUNDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Claudia Andino Angulo, María Ruiz de los Santos, José Lamarca Mateu

Objetivos: Dentro de la cirugía láser refractiva, la técnica SMILE es relativamente novedosa. Entre sus ventajas se encuentran el bajo riesgo de aparición de ojo seco, la mejor regeneración nerviosa corneal o su alta contribución al mantenimiento de la estabilidad biomecánica corneal. Sin embargo, no está exenta de complicaciones que debemos conocer. Este caso pretende mostrar una complicación postoperatoria poco descrita hasta el momento en esta cirugía: La epitelización de la entrecara.

Método: Una mujer de 37 años acudió a nuestro centro interesada en cirugía refractiva. Su refracción era de -3,00D en el ojo derecho y 150 -0,50 -3,00D en el ojo izquierdo, y sus mejores agudezas visuales corregidas eran de 1,2 en ambos ojos. Se realizó el procedimiento SMILE con el láser de femtosegundo VisuMax (Carl Zeiss Meditec AG). Cinco meses después de la cirugía acudió a una revisión rutinaria. Las agudezas visuales medidas sin corrección fueron de 1,2 en ojo derecho y 0,9 en ojo izquierdo. En el examen biomicroscópico se apreció epitelización de la entrecara en la región nasal superior del ojo izquierdo. Seis meses después, en la siguiente visita, las agudezas visuales sin corrección fueron de 1,2 en ojo derecho y 0,7 en ojo izquierdo. La topografía corneal del ojo izquierdo mostró un aplanamiento central junto con un exceso de grosor corneal localizado en el área de crecimiento epitelial.

Resultados: Se procedió a la limpieza de la entrecara del ojo izquierdo. Se reabrió la incisión antigua, se realizaron maniobras de raspado con espátula smile y se realizó un lavado con BSS con jeringuilla de 27G. Se colocó una lente de contacto terapéutica que fue retirada al mes. A los dos meses, la agudeza visual sin corrección en ambos ojos fue de 1,2.

Conclusiones: La epitelización de la entrecara es una complicación postoperatoria asociada típicamente a la técnica quirúrgica de queratomileusis con láser in situ (LASIK). Debido a que la técnica SMILE no requiere de la creación de una faldilla estromal, la epitelización de la entrecara se considera una complicación postoperatoria rara. Sin embargo, con el aumento en número de cirugías SMILE realizadas, este riesgo no debe ser menospreciado. Este riesgo se puede reducir minimizando la manipulación intraoperatoria, previniendo defectos epiteliales y evitando la introducción de células epiteliales en la entrecara durante la disección del lentículo. La necesidad de abordaje quirúrgico se valorará teniendo en cuenta factores como la localización y tamaño de la lesión, la pérdida de agudeza visual, y la necrosis o progresión de la misma.



REFRACTIVA

CP76 QUERATITIS LAMELAR DIFUSA TRAS CIRUGÍA DE LASIK. LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ PARA EL ÉXITO TERAPÉUTICO

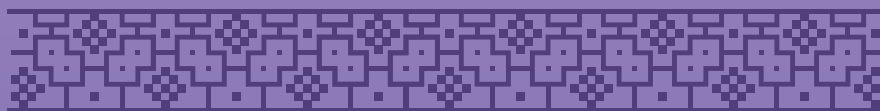
Inmaculada Ayús Such, Andrés Picó García

Objetivos: La queratitis lamelar difusa (DLK) es una inflamación estéril de la córnea que se caracteriza por la aparición de una infiltración polimorfonuclear difusa, multifocal, en la interfaz del colgajo tras la cirugía de queratomileusis asistida por láser (LASIK). El objetivo de este caso es enfatizar la importancia de un control clínico diario para evitar un resultado que puede ser devastador a nivel de la agudeza visual (AV) y del colgajo.

Método: Paciente mujer de 28 años que acude a revisión con intención de cirugía refractiva. En la refracción, que se mantiene estable desde hace más de 2 años, presenta una esfera de -5 dioptrías (D) en ambos ojos (AO) y un cilindro de -0.75 a 65° en el ojo derecho (OD) y a 125° en el ojo izquierdo (OI). En la exploración física no se encontró ninguna alteración del segmento anterior pero sí se encontró un desgarro retiniano periférico en el OD que se fotocoaguló con láser. En las pruebas preoperatorias no se encontró ningún hallazgo significativo por lo que se consideró apta para LASIK en AO. Tras 3 meses de la fotocoagulación del desgarro retiniano se realizó la cirugía de LASIK con láser femtosegundo que transcurrió sin incidencias.

Resultados: En el postoperatorio inmediato, el lentículo se encontraba en posición y sin pliegues. Se pautó tratamiento con dexametasona y tobramicina colirio 3 veces al día durante 7 días y lágrima artificial cada hora. En la revisión al día siguiente, la AV sin corrección del OD era de 1,0 con una refracción de +0.5D de esfera. En la lámpara de hendidura se observó un fino punteado amarillento en la entrecara periférica nasal sin afectación del eje visual y ondulaciones en el reborde pupilar nasal del OD. En este punto, se planteó el diagnóstico diferencial entre la DLK, la queratopatía central o periférica tóxica, el síndrome de fluido en la interfase, la queratitis infecciosa y el crecimiento epitelial. Como la principal sospecha diagnóstica era una DLK grado I, se incrementó la pauta de tobramicina y dexametasona a una gota cada 30 minutos y pomada de dexametasona antes de dormir. Se realizó otro control a los 2 días, donde persistían el punteado y las ondulaciones, y se disminuyó la pauta de corticoides tópicos a cada hora. En los siguientes controles diarios, el cuadro mejoró hasta su resolución completa alcanzando una AV sin corrección de 1.3 realizando pauta descendente de corticoides tópicos hasta cumplir los 20 días de la cirugía.

Conclusiones: La DLK representa una complicación poco frecuente de la cirugía LASIK. Se trata de una patología de causa inflamatoria con inicio típico entre 1-5 días tras la cirugía. Se localiza de forma difusa, con un patrón granular, y su diagnóstico es principalmente clínico. Se pueden establecer varios grados según la localización y la severidad del cuadro que van desde un punteado inflamatorio disperso periférico que responde a pauta intensa de corticoides tópicos, hasta la presencia de melting corneal, estriaciones y disminución severa de la AV que puede implicar la necesidad de un tratamiento antiinflamatorio sistémico e incluso la amputación del colgajo. Dada la potencial progresión y la buena respuesta inicial a los corticoides tópicos, es de especial importancia realizar un seguimiento estrecho postoperatorio para su detección y tratamiento precoz que permita la resolución del cuadro sin dejar secuelas.



REFRACTIVA

CP77 CIRUGÍA SECUENCIAL DE CATARATA EN PACIENTE CON QUERATOTOMÍA RADIAL CON ECTASIA CORNEAL

Beatroz Framiñán Aparicio, Emeterio Orduña Domingo

Objetivos: Mostrar un ejemplo de solución refractiva tras cirugía de catarata en paciente con antecedente de queratotomía radial y ectasia corneal secundaria.

Método: Se presenta un paciente de 57 años con antecedente de queratotomía radial (QR) en 1995 en Venezuela que acude a consulta por disminución de agudeza visual (AV).

En la exploración se aprecia presencia de QR, ectasia corneal y catarata en ambos ojos. La AV en ojo derecho (OD) es de 0.5 con sobre refracción de +8.25 -4.00 x 49° y en ojo izquierdo (OI) de 0.25 con sobre refracción de +7.00 -3.00 x 110°.

Se realiza el estudio preoperatorio con pentacam, pupilometría, keratograph y estudio completo de retina (fondo de ojo y tomografía de coherencia óptica macular).

Se procede al cálculo biométrico correspondiente empleando la fórmula de KANE y el calculador de la American Society of Cataract and Refractive Surgery (ASCRS), con target miópico de -1.00D en ambos ojos.

Dada la ectasia presente con variación del eje cilíndrico y astigmatismo irregular se decide rehabilitación visual quirúrgica consecutiva en 2 tiempos: en primer lugar cirugía de facoemulsificación del cristalino con implante de lente intraocular monofocal esférica, y en segundo tiempo corrección del astigmatismo con lentes ICL tóricas.

Resultados: Se implanta en OD una lente de +29.00 D (ZCB00) y en OI de +24.00 D (ZCB00).

El resultado visual tras la cirugía de catarata es en OD 0.85 con sobre refracción de -5.00 x 50° y en OI de 0.7 con sobre refracción de -4.00 x 20°.

Tras 3 meses de estabilidad refractiva se decide realizar un piggy back con implante de lente ICL como solución refractiva para el cilindro residual.

El resultado del cálculo de la ICL miópica tórica en OD es de -5.50 /+5.50 x 140° con un tamaño de 13.2 mm y en OI -5.50 /+6.00 x 140° con el mismo tamaño (13.2 mm).

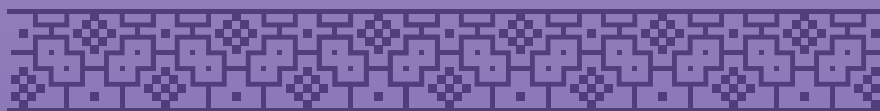
La AV OD tras el piggy back de OD es 1.00 espontáneo.

La AV OI tras piggy back 0.2 que mejora a 0.4 con -2.00 X 180° (refracción subjetiva poco fiable con muchas variaciones del eje cilíndrico). Ante la sorpresa refractiva posterior y el empeoramiento de la AV en dicho ojo se decide tener en cuenta el eje topográfico del astigmatismo en lugar de la refracción subjetiva por lo que se rota la ICL 90°. Dicho eje corresponde a 51° por lo que se decide rotar la ICL 90°.

Tras la rotación de la ICL 90° el resultado de la AV es de 0.4 espontáneo, con un resultado refractivo satisfactorio dada la ectasia corneal del paciente.

Conclusiones:

- El implante de lentes ICL de apoyo en sulcus ciliar constituyen una buena opción para la corrección de defectos refractivos en pacientes pseudofáquicos.
- El piggy back con lentes ICL es muy buena opción en casos complejos corneales.
- Es importante en el cálculo de ICL de pacientes pseudofáquicos tener en cuenta el eje topográfico para el cálculo de la toricidad en lugar de la refracción subjetiva.



REFRACTIVA

CP78 MANEJO DE DEFECTO REFRACTIVO POR LEUCOMA CORNEAL MEDIANTE QUERATECTOMIA TERAPÉUTICA (PTK) Y QUERATECTOMIA FOTORREFRACTIVA (PRK)

Gladys Mora Botia, José Luis Ruiz, José Luis Cuadrado, Natalie Roig, Sergi Estradera, Alba Donaire

Objetivos: Mejorar la agudeza visual (AV) no corregida en paciente con leucoma corneal en ojo derecho (OD) de más de 20 años de evolución producido por traumatismo químico.

Método: Acude a nuestra consulta paciente varón de 56 años de edad, para valorar mejorar estado refractivo. Usuario de gafas progresivas con la cual describe se encuentra incómodo; antecedente de traumatismo químico hace más de 20 años en ojo derecho que le ha ocasionado disminución de agudeza visual (AV). Exploración oftalmológica de AV OD visión bulto (VB) y AV ojo izquierdo (OI) 0,5; autorefractometría en OD de +4 -4.5 90° con AV de 0,4 y en OI +2.25 -0.25 109° con AV de 0,9. Biomicroscopía de OD con leucoma corneal nasal, resto de polo anterior, presión intraocular y fondo de ojo dentro la normalidad. Pentacam de OD con punto más fino de 481µm coincidente con el leucoma corneal, tomografía de coherencia óptica anterior (OCT) con leucoma corneal de hasta 153µm de profundidad. Se realiza prueba con lente de contacto terapéutica Saphir Rx Toric: 90° -4.25 +4.25. con la cual se logra AV de 0,6 y subjetividad del paciente de buenas agudezas visuales. Se realiza queratectomía fototerapéutica con láser (PTK) de 100µm a zona óptica (ZO) de 7mm y queratectomía fotorrefractiva (PRK) de + 1.25 - 90° a ZO de 6.5mm, ablación de 43µm y aplicación de mitomicina durante 60seg y LCT al final del tratamiento. Postoperatorio cursa sin complicaciones.

Resultados: A los 3 meses la AV sin corrección (AVsc) es de 0,5 y AV con + 0.5 -1.75 95° de 0,6. Ocho meses post tratamiento AVsc de 0.9 sin mejoría con refracción y a los 12 meses de tratamiento el paciente mantiene AVsc de 0,9 sin mejoría con refracción de +0.75 - 2 95°.

Conclusiones: El leucoma corneal por traumatismos físicos o químicos es una afectación frecuente de la transparencia corneal y consecuentemente de la AV produciendo defectos refractivos importantes. El tratamiento mediante PTK y PRK al mismo tiempo, puede ser considerado en algunos pacientes para corregir la AV no corregida en defectos refractivos ocasionados por leucomas ocasionados por traumatismos químicos.



REFRACTIVA

CP79 PIGGY-BACK INTRAOCULAR COMO MEDIDA DE REHABILITACIÓN VISUAL TRAS QUERATOPLASTIA TERAPÉUTICA POR QUERATITIS FÚNGICA

Daniela Ortiz Vaquerizas, Mireia Garriga Beguiristain, Beatriz Torrellas Darvas

Objetivos: Presentar un caso de rehabilitación visual mediante técnica piggy-back con lente intraocular monofocal intracapsular y lente Add-on tórica en sulcus, en una paciente que se somete a queratoplastia penetrante (PK) terapéutica por queratitis fúngica refractaria al tratamiento.

Método: Mujer de 48 años, portadora de lentes de contacto, que es remitida por otro centro por queratitis fúngica refractaria con úlcera central perforada tratada con parche de cianoacrilato y lente de contacto terapéutica. Presenta agudezas visuales de 1 y movimiento de manos. Se realiza PK terapéutica centrada en úlcera, previa retirada de membrana de fibrina precristaliniana y lavado de cámara anterior con voriconazol y anfotericina B. Se remite mitad de córnea receptora a anatomía patológica para examen microscópico y mitad a microbiología para cultivo, que revelan el hongo filamentosos *Tintelnotia destructans*. La evolución postoperatoria es correcta y no presenta signos de recidiva infecciosa. A los 8 meses se inicia retirada progresiva de suturas y al año la paciente desarrolla catarata blanca por lo que se decide retirar todas las suturas y realizar cirugía de catarata con protección endotelial mediante técnica soft shell e implante de lente monofocal intracapsular para corrección de esfera, dejándose el cilindro para una segunda intervención con implante lente Add-on tórica monofocal en sulcus, previa comprobación por refracción, topografía corneal y biometría de la estabilidad y consistencia de las medidas.

Resultados: La agudeza visual final es de 1 con 130° -2.00 +0.50 (adición +2.00) y la paciente no presenta anisometropía dado que el ojo contralateral tiene una graduación de -3.75D. La presión intraocular se ha mantenido durante todo el postoperatorio por debajo de 18 mmHg y el fondo de ojo es normal.

Conclusiones: La queratoplastia terapéutica o en caliente es una técnica quirúrgica reservada para situaciones urgentes en la que pelagra la integridad del globo ocular, y su finalidad en las queratitis infecciosas es retirar o reducir la carga microbiológica, dejando la rehabilitación visual en un segundo plano. Cuando se consigue erradicar la infección y controlar la inflamación, conseguir que el paciente vuelva a ver puede ser un verdadero reto, dado el frecuente elevado astigmatismo residual y la aparición de complicaciones tardías como la catarata. Sin embargo, se puede aprovechar esta última complicación para corregir ametropías. En este caso, se decidió corregir la esfera con lente monofocal en saco, dejando el astigmatismo para lente Add-on tórica monofocal en sulcus dado que el cilindro residual y el riesgo de cambios en éste tras PK son elevados y se trata de una lente fácil de retirar.



REFRACTIVA

CP80 SUBLUXACIÓN DEL CRISTALINO Y FEMTOLASIK. TRATAMIENTO DE AMETROPÍA EN UNA SITUACIÓN EXCEPCIONAL

Javier Reyes, Francesc Duch, Graciana Fuentes, Victor Lazaro, Mercé Martí

Objetivos: Describir la evolución clínica y los resultados de un paciente con astigmatismo miópico, que presenta subluxación del cristalino, en quien se indicó el tratamiento con láser femtosegundo LASIK para tratamiento de su ametropía.

Método: El paciente solicita cirugía para el tratamiento de la miopía y el astigmatismo con el fin de presentarse a oposiciones a las fuerzas de seguridad. El paciente refiere una contusión de alta energía en la región periorbitaria izquierda en la infancia temprana. Encontramos miopía y astigmatismo de magnitud y características similares en ambos ojos. El examen bajo midriasis farmacológica evidenció diálisis zonular en el ojo izquierdo con subluxación del cristalino de 1 a 3 horas. Después de verificar la simetría bilateral del patrón topográfico corneal, queratometría y pupilometría similares, sin discrepancia en las diferentes mediciones de cilindro (subjettivas, aberrometría dilatada, etc.) y después de explicar cuidadosamente e informar al paciente sobre la posibilidad de complicaciones, se indicó el tratamiento con láser femtosegundo.

Resultados: Cirugía LASIK con láser de femtosegundos sin incidentes. Control postoperatorio a las 24 horas, agudeza visual no corregida (AVsc): 20/20 y 20/25. Control postoperatorio 1 mes después del LASIK, la AVsc = 20/20 y 20/20. Control bajo midriasis farmacológica, no hay cambios en las características de la diálisis zonular. El paciente permanece asintomático y reporta muy buena agudeza visual.

Conclusiones: La seguridad del láser de femtosegundo en cirugía de cataratas con cristalino subluxado está acreditada en diferentes publicaciones. A nuestro entender este es el primer caso reportado de LASIK con láser de femtosegundos para el tratamiento de miopía y astigmatismo en un ojo con subluxación del cristalino asintomático. Es necesario verificar que la subluxación no tenga efecto en la graduación del paciente (astigmatismo, aberraciones oculares), de lo contrario, el tratamiento fotoablativo corneal no tendría el efecto deseado y podría comprometer incluso la calidad visual del ojo afectado.



REFRACTIVA

CP81 INTERCAMBIO DE LENTE FÁQUICA DE APOYO EN CUERPO CILIAR EN EL MANEJO DE LA CATARATA SUBCAPSULAR ANTERIOR

Víctor Hugo Serna-Villegas, Rosa Alvarado-Villacorta, Luis Fernández-Vega Cueto, Carlos Lisa, Belén Alfonso-Bartolozzi, José F. Alfonso

Objetivos: Determinar los índices de eficacia, seguridad y estabilidad del intercambio de las lentes fáquicas de apoyo en cuerpo ciliar (implantable Collamer Lens) en casos de catarata secundaria.

Método: Se trata de un estudio observacional descriptivo de pacientes en el que a los que se les realizó intercambio de la lente fáquica de cámara posterior (ICL, implantable Collamer Lens) en el Instituto Oftalmológico Fernández-Vega entre los años 2012 y 2023. La indicación para dicha intervención fue la presencia de catarata subcapsular anterior (como única opacidad del cristalino) relacionada a bajo vault en los ojos a los que se les había implantado la lente fáquica ICL V4a entre los años 2005 y 2010 en el mismo centro. La segunda lente implantada en todos los casos fue el modelo V4c la cual cuenta con un poro central en la óptica de la lente que permite el flujo del acuoso. Ojos con presencia de otro tipo de catarata fueron excluidos. El procedimiento fue realizado por el mismo cirujano. A todos los pacientes se les realizó evaluación oftalmológica completa y se les practicó pruebas diagnósticas para evaluar contaje endotelial, tomografía y topografía corneal antes y después de la intervención. Se analizaron los índices de eficacia (AVSC post/AVCC pre), seguridad (AVCC post/AVCC pre) y estabilidad (AVCC al último control), con el paquete estadístico Stata[®] versión 15.1.

Resultados: Se incluyeron 31 ojos de 25 pacientes. La mayoría (14, 56%) mujeres, con un promedio de edad de 37.8 ± 5.5 años (rango: 28–49). La longitud axial, profundidad de cámara anterior, blanco-blanco y paquimetría central promedio, fueron 29.5 ± 2.6 mm (rango: 26.3–35), 2.9 ± 0.2 mm (rango: 2.8–3.5), 11.5 ± 0.3 mm (rango: 10.8–11.9), y 541.6 ± 36.9 mm (rango: 467–611), respectivamente. La cirugía de intercambio se realizó en un promedio 9.2 ± 3.9 años (rango: 2.5–16.6) después de la cirugía primaria. El diámetro de la ICL V4c implantada varió de 12.1 a 13.2 mm, siendo tórica en 3 casos (2.0 a 2.5 D). El 29% (9 ojos) había perdido por lo menos una línea de AVCC antes del intercambio. Luego del implante de la ICL V4a, de estos 9 ojos, el 67% (6 ojos) mejoraron de 1 a 5 líneas de visión y el 22% (2 ojos) la mantuvieron. El índice de eficacia promedio fue 0.6 ± 0.3 (rango: 0.6–1.2) y el de seguridad 0.9 ± 0.2 (rango: 0.4–1.2). Al último control, el 55% (17 ojos) mantuvieron o mejoraron una línea de visión. En 3 casos se presentó patología macular durante el seguimiento. En 3 casos se requirió lensectomía a los 11 meses, 1 y 5 años después del intercambio, respectivamente.

Conclusiones: La cirugía de intercambio de lentes fáquicas de apoyo en cuerpo ciliar (implantable Collamer Lens) parece ser un procedimiento eficaz, seguro y estable en el manejo de la pérdida visual asociada a casos de catarata secundaria, permitiendo retrasar la necesidad de lensectomía en estos pacientes.



CÓRNEA

CP82 NEOPLASIA ESCAMOSA INTRAEPITELIAL CORNEAL AISLADA: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL

Luis María Carlés Cerbán, Andrea Álvarez-Novoa Rodríguez-Cadarso, Noelia Moraña Borrageiros, Roberto Álvarez Rodríguez, Victoria De Rojas Silva

Objetivos: Presentar los síntomas, hallazgos biomicroscópicos y de tomografía de coherencia óptica, así como anatomopatológicos de la neoplasia escamosa intraepitelial corneal aislada, una forma muy infrecuente de neoplasia de superficie ocular. Se expondrá un caso de neoplasia corneal intraepitelial, con afectación exclusivamente corneal en la exploración biomicroscópica, y se discutirán los hallazgos del caso así como los de una revisión de la literatura de esta rara forma de presentación.

Método: Se presenta el caso de una mujer de 79 años, miope magna, que acude para segunda opinión por cuadro de 3 meses de evolución de sensación de cuerpo extraño en ojo derecho (OD), tratado como posible herpes. La agudeza visual lejana con corrección (AVLC) era 0.7 y la córnea presentaba, aparte de piel de cocodrilo, una lengua blanquecina en temporal-inferior, separada de limbo y de tinción punteada, con una estría central de epitelio sano y vasos congestivos en conjuntiva. En la tomografía de coherencia óptica (OCT) se aprecia epitelio engrosado e hiperrefringente, con brusca transición a zona sana.

Ante la sospecha de neoplasia escamosa intraepitelial corneal aislada, se indicó biopsia excisional mediante técnica de «no contacto» descrita por Shields, con márgenes de 2 mm y aplicación de alcohol absoluto en limbo. Se presenta vídeo de la cirugía, mostrando cómo realizar la biopsia excisional mediante obtención de una lámina epitelial incluyendo la lesión. Se colocó lente de contacto terapéutica, pautando antibiótico tópico y lágrimas artificiales.

Se ha realizado asimismo revisión de la literatura de los últimos 25 años, empleando las siguientes palabras clave: corneal intraepithelial neoplasia; ocular surface squamous neoplasia.

Resultados: El resultado de la anatomía patológica confirmó una neoplasia escamosa intraepitelial corneal de displasia moderada y márgenes no valorables por fragmentación de la muestra.

A la semana de la cirugía, la córnea estaba epitelizada y se retiró la lente de contacto. A los 14 días la AVLC era de 0.8, con una exploración normal en lámpara de hendidura y desaparición total de los síntomas. Se indica coadyuvancia con dos ciclos de mitomicina C (MMC) tópica 0.04%, con una semana de descanso entre ellos. A los 22 meses de seguimiento la AVLC es de 0.9 y la exploración muestra un epitelio normal, sin signos de recidiva.

En cuanto a la revisión bibliográfica, se han publicado sólo 10 casos de neoplasia escamosa intraepitelial corneal en los últimos 25 años. Los resultados muestran que se trata de una patología muy infrecuente, que a menudo no se incluye en el diagnóstico diferencial, provocando retrasos en el tratamiento. No se han encontrado referencias de concurrencia con la degeneración en piel de cocodrilo, si bien sí existe cierto consenso de que la excisión de la lesión epitelial conduce a la resolución. Por otro lado, algunos autores defienden la utilidad de la OCT en el diagnóstico diferencial de esta patología.

Conclusiones: La neoplasia escamosa intraepitelial corneal aislada es mucho menos frecuente que la de presentación conjuntival o córneo-conjuntival, pudiendo dar lugar a confusión con otras patologías y, por tanto, retraso en el diagnóstico y tratamiento de una neoplasia maligna. Los especialistas deben considerar este diagnóstico diferencial ante la presencia de una lesión con engrosamiento y características atípicas del epitelio en la biomicroscopía con lámpara de hendidura. En este contexto, la exploración mediante tomografía de coherencia óptica de segmento anterior es de gran utilidad para establecer la sospecha. No obstante, la confirmación diagnóstica requiere del estudio anatomopatológico de la muestra obtenida mediante biopsia excisional. La excisión de la lesión epitelial puede ser un tratamiento eficaz, valorando la coadyuvancia con MMC.