

VÍDEOS



Libro de Resúmenes

V-01

AFECTACIÓN ZONULAR INTRAOPERATORIA EN CIRUGÍA DE CATARATA: SERIE DE 4 CASOS

Ignacio Almorín Fernández-Vigo, Inés Sánchez Guillén, Ana Macarro Merino, José Ignacio Fernández-Vigo Escribano

Introducción: La afectación zonular intraquirúrgica puede ser anticipada según factores de riesgo prequirúrgicos o surgir tras maniobras yatrogénicas.

Técnica quirúrgica/casos clínicos: Se presentan 4 cirugías de cataratas que cursaron con alteraciones zonulares. Se describen los posibles factores de riesgo prequirúrgicos, momento de aparición de la complicación y su manejo durante la cirugía:

El primer caso es una catarata con una opacidad cortical temporal sin factores de riesgo previos. Se produce una desinserción local durante la limpieza del saco tras maniobras de aspiración del cortex insistentes en la zona temporal. No requiere de manejo adicional.

El segundo caso es una cirugía de catarata con ICL, quedando el háptico distal de la lente de 3 piezas enganchado en la zónula. Tras maniobras de rotación de la lente, se libera e implanta en saco.

El tercer caso es una catarata blanca, uveítica y con miosis por sinequias posteriores. Se observan signos de debilidad zonular desde etapas tempranas. Durante la extracción de los últimos trozos, se observa una desinserción local sin presencia de vítreo. Se implanta un anillo de tensión capsular para estabilizar la zona sin requerir otras maniobras.

El cuarto caso es una catarata blanca en paciente de edad avanzada con placa de fibrosis capsular. Se realiza una capsulorrexia irregular y pequeña tras múltiples maniobras de rasgado, tracción y corte con tijera. Durante esta fase se objetiva una desinserción zonular focal, con empeoramiento durante la fragmentación del núcleo. Se consigue estabilizar el saco con un anillo de tensión capsular sin requerir otras maniobras.

Conclusión: Las maniobras de limpieza capsular excesiva, pueden debilitar la zónula adyacente. Los hápticos de PMMA pueden engancharse en la zónula, por lo que debe evitarse su rotación antihoraria. Las cataratas blancas pueden presentar zonulopatía inadvertida. Los ATC pueden estabilizar el saco sin requerir maniobras adicionales.

V-02

CALCIFICACIÓN DE LALENTE EN UN SACO MUERTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Esther Corredera Salinero, Victoria Conejo Pariente, Lucía Saavedra Seijo, Elena Redondo Martínez

Introducción: Paciente de 87 años en seguimiento por opacificación progresiva de lente intraocular con subsecuente disminución progresiva de agudeza visual en ojo izquierdo. Su agudeza visual de lejos es de percepción de luz. Había sido intervenida de cataratas hace más de 20 años en otro centro con una lente intraocular del modelo Pharmacia. En la exploración se observa en ojo izquierdo calcificación de la lente intraocular subluxada hacia temporal con recuento endotelial de 1050 células. La exploración del ojo derecho se encontraba dentro de la normalidad. Se procede a cambiar la lente intraocular del ojo izquierdo, siendo la primera opción el implante de la nueva lente en sulcus y como segunda una lente de anclaje escleral por recuento límite.

Técnica quirúrgica: Bajo anestesia subtenoniana, se realizan 2 paracentesis comprobando con el mismo cuchillete la consistencia de la lente. A través de una incisión de 2,75 mm, se procede a la maniobra de extracción de la lente calcificada. Al movilizar la lente, se observa que está libre de cualquier tipo de adherencia intracapsular, observándose ausencia total de proliferación celular epitelial, lo que podríamos traducir como un síndrome del saco muerto. Esto facilita la explantación de la misma pudiendo proceder a implante de lente de tres piezas en sulcus tras vitrectomía anterior bimanual tras tinción con Triamcinolona. Finalmente, se comprueba la estabilidad de la lente.

Conclusión: Aún existen modelos de lentes intraoculares que presentan este tipo de calcificación severa.

El síndrome del saco muerto nos ha facilitado la extracción de la lente, pero el seguimiento a más largo plazo de este caso nos indicará si «el saco muerto» no evolucionará a subluxación o luxación de la lente.

V-03

RECONSTRUCCIÓN DE SEGMENTO ANTERIOR POR SECUELA TRAS TRAUMATISMO PENETRANTE

Marta Domínguez Bernaus, Valentín Huerva Escanilla, Pau Cid Bertomeu

Introducción: Varón de 35 años acude a nuestro servicio de Urgencias por traumatismo con barra de hierro en ojo derecho. Refiere pérdida de visión. No presenta ningún antecedente de interés. La agudeza visual es de movimiento de manos en ojo derecho y en la lámpara de hendidura se observan laceraciones corneales múltiples, atalamia, cristalino en cámara anterior y pérdida de iris en zona temporal y superior. Tras el diagnóstico de perforación ocular se decide cirugía urgente de reparación de laceraciones corneales y se extraen restos de cristalino.

Al cabo de unos meses, el paciente presenta leucoma corneal difuso que afecta eje visual, sinequias inferiores de iris, midriasis traumática y afaquia. A nivel retiniano no se observa patología traumática. Se decide cirugía de reconstrucción de segmento anterior en un mismo tiempo que consiste en colocación de iris artificial con lente intraocular suturada detrás de iris y queratoplastia penetrante.

Técnica quirúrgica: Se inicia la cirugía realizando vitrectomía anterior. Se mide iris artificial que en este caso es de 11.0mm, se ajusta y se realizan tres iridotomias. Se ancla lente intraocular detrás de iris artificial mediante dos suturas de Nylon 5/0. Se realiza una trepanación de 8.5mm y se prepara el botón donante de 9.0 mm. Se liberan sinequias de iris y se realiza bolsillo escleral para anclar iris artificial con lente a las 9 h. mediante dos puntos de Prolene 10/0. Se sutura botón donante mediante suturas radiales de Nylon 10/0 y finalmente se cierra bolsillo escleral mediante Tisseel.

Conclusión: La cirugía de reconstrucción de segmento anterior es una técnica quirúrgica compleja pudiéndose realizar en un mismo tiempo colocación de iris artificial con lente intraocular suturada detrás de iris y queratoplastia penetrante.

V-04

FEMTOIRIDORREXIS, UN DÍA PARA RECORDAR

Emilio Dorronzoro Ramírez, Merire Dayan Flores Cervantes, M.^a Nieves Gil Ciganda, Vanesa Antonia Gerena Arévalo

Introducción: Mujer de 83 años con catarata NO5 en su ojo derecho, pseudoexfoliación, bajo recuento endotelial (1286 células) hipertensión intraocular y Parkinson. Midriasis 5.5 mm.

Técnica quirúrgica: FLACS con implante de lente Eyhance de 17 dioptrías. Durante la rhexis, la pupila se contrae y el femto realiza la mitad inferior de la misma por el iris. El vídeo ilustra las maniobras de tinción capsular, finalización de la rhexis manualmente y la comprobación de que es completa. Además, se realizan maniobras de fragmentación, irrigación aspiración minimizando la tracción en la zónula e implante de lente.

Conclusión: Debemos ser cautos y reducir el tamaño de la rhexis en los pacientes con pupilas pequeñas ya que tienden a contraerse durante la realización del femto. Además, hay que ser muy cuidadosos en los pacientes con temblor por enfermedades intercurrentes ya que la visualización no es perfecta.

V-05

ABORDAJE «SICS-LIKE» DE CATARATA BLANCA LUXADA A CÁMARA ANTERIOR

Elena del Fresno Valencia, Juan Carlos Herranz, Verónica Martínez, Ignacio Cañas

Introducción: La realización de la cirugía extracapsular de catarata de pequeña incisión («SICS», de sus siglas en inglés) se ha extendido gracias a las ventajas que presenta frente a la cirugía extracapsular clásica. Se presenta el caso clínico de un paciente en el que se realizó la misma incisión que en una «SICS», dadas las cualidades de la misma.

Técnica quirúrgica: Paciente de 47 años institucionalizado, con diagnóstico de rubeola congénita, que acude a urgencias por dolor en ojo izquierdo de dos días de evolución. Dada la colaboración del paciente por su situación basal, sólo se puede objetivar que presenta una importante inyección ciliar y una catarata blanca luxada a cámara anterior, asociado a una elevación de la presión intraocular. Se pauta tratamiento hipotensor ocular (tópico y oral) y se programa para cirugía urgente. Bajo anestesia general, se realiza una peritomía conjuntival superior con posterior cauterización de vasos episclerales en la zona próxima a limbo. Se realiza una incisión escleral de unos 9-10 mm a unos 2 mm de limbo, y se talla un túnel esclero-corneal de dicha amplitud con un cuchillete de Crescent, entrando unos 2 mm en córnea. Tras el tallado del túnel, se perfora a cámara anterior en toda la amplitud del túnel. Se inyecta sustancia viscoelástica bajo el endotelio corneal para protegerlo y bajo la catarata, produciéndose la salida de la misma por presión a través de la incisión realizada. Dadas las características del paciente, se decide dar dos puntos en mariposa en la herida escleral con Nylon 10/0, y se sutura la conjuntiva con dos puntos sueltos de Vicryl de 7/0.

Conclusión: la «SICS» permite la extracción de cataratas de gran tamaño a través de incisiones que no precisan sutura y que, en el caso de suturarlas, éstas van a quedar subconjuntivales, por lo que no van a aparecer las posibles complicaciones asociadas a las suturas corneales de la cirugía extracapsular clásica, lo cual era lo idóneo en este caso.

V-06

CATARATA BLANCA INTUMESCENTE CON DEHISCENCIA ZONULAR: «UNA CIRUGÍA COMPLEJA ES UNA SUCESIÓN DE PASOS MÁS SENCILLOS»

José Antonio Gegúndez Fernández, David Díaz Valle, Mayte Ariño Gutiérrez, Rosalía Méndez Fernández

Introducción: La cirugía de una catarata madura constituye un reto quirúrgico, sobre todo si se presenta algún factor añadido, como en este caso una dehiscencia zonular. Desde la posibilidad de una bandera argentina, la dificultad en las maniobras iniciales con una cámara aplanada, hasta el mayor riesgo de ampliación de la diálisis zonular, prolapso vítreo e incluso luxación posterior del núcleo, son potenciales complicaciones que han de tenerse presentes para planificar una estrategia quirúrgica exitosa.

Técnica quirúrgica: Varón de 42 años sin antecedentes oculares conocidos que consultó por pérdida progresiva de AV, catarata madura blanca en OI y SCP en OD, con iridodonesis bilateral que hacía sospechar lesión zonular. La cirugía se practicó bajo anestesia subtenoniana, con Blancopunción previa, tinción capsular, parámetros de fluidica «low motion», retractores capsulares y CTR. Una LIO de tres piezas fue implantada en el saco capsular con los hápticos orientados en el eje de la dehiscencia. Finalmente, una burbuja de aire fue alojada en cámara anterior y la incisión principal suturada. Los errores inadvertidos, signos clave y maniobras para ejecutar el procedimiento son ilustrados. La cirugía finalizó sin complicaciones y al día siguiente la AV fue 20/30, con la córnea transparente y LIO centrada en el saco capsular.

Conclusión: Una cirugía compleja es una sucesión de pasos más sencillos, por lo que no debe avanzarse al siguiente hasta no finalizar correctamente el anterior. Las claves abarcan desde la selección del tipo de anestesia, maniobras adecuadas para evitar la bandera argentina, identificación de los signos determinantes de rotura zonular, modo de tinción capsular, empleo de ganchos capsulares, forma correcta de introducir anillos o segmentos de Ahmed, tipo de LIO y posicionamiento, sutura de la incisión para evitar filtraciones, hipotonía y pérdidas vítreas y, finalmente, refuerzo de la profilaxis antibiótica para prevenir infecciones graves.

V-07

SEGMENTO DE ANILLO A TRAVÉS DE PERFORACIÓN CORNEAL ECTÁSICA

María Hernando Portela, Nicolás López Ferrando, Rosa Gutiérrez Bonet, Fátima Martín Luengo

Introducción: Se presenta caso de mujer de 66 años que consulta por catarata en ojo izquierdo (OI). Dentro de sus antecedentes oftalmológicos destacamos miopía magna y perforación corneal autosellada en la infancia en OI. En la exploración física encontramos una agudeza visual (AV) mejor corregida de 0.2, autorefractometro -22.25 -5.50 a 110°, biomicroscopia con leucoma corneal profundo que se extiende desde limbo hasta eje visual con iris sinequiado a la lesión. Se realiza topografía corneal (MS39) encontrando ectasia corneal fenotipo Duck. Se decide colocación de anillo intraestromal (ICRS) en OI.

Técnica quirúrgica: Se realiza implante de ICRS mediante técnica manual con bomba de vacío, durante la realización del túnel intraestromal penetra la espátula a través de la perforación en cámara anterior, por lo que se realiza otro túnel distal utilizando espátula manual. Al implantar el segmento este también pasa a cámara anterior, por lo que se rescata desde túnel distal con gancho Sinskey, realizando previamente una nueva incisión.

En el post operatorio se obtiene una topografía con Duck más simétrico permitiendo planificar cirugía de catarata con lente tórica (AT TORBI 719 +3.50 +8.00 a 50°) calculada mediante biometría y Ray-tracing. Al mes de la cirugía presenta una agudeza visual de 0.9 (+2) con cilindro -1.25 a 120°

Conclusión: Con implante de anillos intraestromales podemos mejorar astigmatismos asimétricos secundarios a ectasias corneales traumáticas, permitiéndonos corregir el astigmatismo residual mediante lentes tóricas.

Ante leucomas corneales profundos puede ser útil la realización de un túnel distal e incisión adicional para facilitar el implante del anillo. En nuestro caso no empeoró el resultado post quirúrgico, obteniéndose finalmente una buena agudeza visual.

V-08

SUBLUXACIÓN TRAUMÁTICA DE LENTE ICL, CATARATA SECUNDARIA Y FLACS

Juan Francisco Ramos López, Luis Alcaraz Clemente, Alberto Sánchez Mellado, Pablo Navarro Torres

Introducción: La cirugía de catarata asistida por láser de femtosegundo (FLACS) proporciona un alto nivel de precisión en la creación de la capsulotomía, la fragmentación nuclear y el manejo del astigmatismo corneal. Su aplicación en pacientes con catarata e implante previo de lente ICL puede ser más compleja, debido en parte a la formación de burbujas de cavitación que pueden provocar una capsulotomía o fragmentación nuclear incompletas. Presentamos el caso de un paciente varón de 45 años que sufrió una subluxación traumática de la lente ICL en su ojo izquierdo, desarrollando posteriormente una catarata subcapsular anterior. La principal ventaja de realizar FLACS en este caso era la posibilidad de efectuar una capsulotomía precisa y centrada en un paciente con posible compromiso de la integridad zonular.

Técnica quirúrgica: La secuencia del procedimiento incluyó la realización de capsulotomía, incisiones corneales arcuatas, principal y accesoria. Una vez realizado el acoplamiento, se ajustaron manualmente los volúmenes del cristalino, ya que el sistema puede confundir la superficie de la ICL con la cara anterior del cristalino.

Las lentes ICL son blandas y bastante flexibles, por lo que es posible realizar su explante por una incisión de 2,75 mm sin necesidad de fragmentación previa. Durante la facoemulsificación se observó un desgarro radial de la cápsula anterior cuya extensión progresó afectando a la cápsula posterior. Después de realizar vitrectomía anterior se implantó una lente intraocular monofocal de tres piezas en sulcus capsular, con resultado satisfactorio.

Conclusión: El uso del láser de femtosegundo en la cirugía de catarata en pacientes con un implante previo de ICL ofrece una mayor precisión en la capsulotomía y las incisiones corneales. Es importante conocer las particularidades del procedimiento, especialmente la formación burbujas de cavitación y la necesidad de realizar ajustes manuales durante la cirugía.

V-09

ANCLAJE ESCLERAL DE LENTE SUBLUXADA

Alejandro Sánchez Molina, Paula Bañeros Rojas, Alfonso Almendral

Introducción: La subluxación del complejo saco-lente es una complicación generalmente tardía tras la cirugía de catarata. Los factores de riesgo para su desarrollo serían la desinserción zonular intraoperatoria, traumatismos, pseudoexfoliación, miopía magna, inflamaciones oculares o retinosis pigmentaria.

Varón, 66 años, operado de cataratas ojo izquierdo (OI) hace 6 años sin complicaciones y con agudeza visual (AV) postoperatoria de 1 y lente intraocular (LIO) estable. Consulta por visión borrosa, niega traumatismo. AV OI 0.4 y subluxación del complejo saco-LIO con iridodonesis.

Técnica quirúrgica: Bajo anestesia retrobulbar se procede a realizar una peritomía conjuntival, marcado de incisiones esclerales a 2,5 mm de limbo esclero-corneal, colocación de retractores iridianos, paracentesis y relleno con viscoelástico, anclaje de hápticos con aguja de 25G y prolene de 10/0 aguja recta doble armada, suturas anudadas en incisiones esclerales, lavado de viscoelástico con simcoe, acetilcolina intracamerular, hidratación de incisiones corneales, cefuroxima intracamerular y sutura conjuntival con vycril 7/0.

Conclusión: Se trata de una complicación infrecuente, aunque su incidencia parece en aumento probablemente por el auge de la cirugía facorefractiva y la menor edad de los pacientes operados. La elección de la técnica quirúrgica depende del tipo de LIO implantada y del grado de subluxación. El anclaje de LIO mediante la fijación escleral suturada a sulcus es una técnica que permite mantener el complejo saco-LIO en una posición más fisiológica evitando la colocación de LIOs de anclaje iridiano que presentan mayor riesgo de descompensación endotelial, bloqueo pupilar o hipertensión ocular.

V-10

VISCO-CHOPER UN DISEÑO NUEVO PARA INYECCIÓN VISCO ELÁSTICO EN EL MISMO MOMENTO DE CHOPEAR CON LA MANO NO DOMINANTE

Ali Nowrouzi

NOROOZI visco-chopper es un nuevo instrumento quirúrgico diseñado con un mango de agarre preciso. Este visco-chopper mejora el control quirúrgico durante las maniobras intraoculares con la mano no-dominante mientras la mano dominante mantiene la irrigación de la pieza de mano de faco en la cámara anterior durante la cirugía. Este nuevo Visco-chopper previene la depresión o el colapso de la cámara anterior, particularmente en situaciones difíciles tales como cámara anterior muy estrecha, distrofia de Fuchs, Cataratas polares posteriores, Rotura capsular posterior, Chattering y recambio de la lente intraocular.

V-11

REVISIÓN QUIRÚRGICA DE IMPLANTE XEN ASISTIDA CON AZUL TRIPÁN TRAS NEEDLING FALLIDO

Jaime Luis Almendral Gómez, Susana Perucho Martínez, M.^a del Carmen Caracuel Caballero,
Carlos Salvador Fernández Escámez

Introducción: Se presenta el vídeo de una cirugía de revisión de un implante XEN 45 en una mujer de 65 años con GCAA, intervenida de cirugía combinada de Faco + XEN, que al mes de la cirugía presenta fibrosis de la ampolla de filtración y PIO de 26 mmHg. Se decide reintervención del caso mediante needling y/o revisión de la ampolla de filtración.

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

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

Los autores declaran no tener conflicto de interés sobre los productos mencionados en el vídeo.

V-12

TÉCNICA DE EXPLANTACIÓN DEL IMPLANTE CYPASS CON 3 ANILLOS VISIBLES EN CONTACTO ENDOTELIAL

Felipe Javier Barroso Pérez, Paula Bañeros Rojas, Alfonso Almendral Gómez, Alejandro Sánchez Molina

Introducción: El CyPass Micro-Stent es un implante supracoroideo para el tratamiento del glaucoma de ángulo abierto retirado del mercado debido a la evidencia de disminución de la densidad de células endoteliales. El objetivo de este video es describir las maniobras de explantación de dicho implante en un paciente con 3 anillos visibles en biomicroscopia y con reducción del recuento endotelial, a la vez que se realiza una esclerectomía profunda no perforante (EPNP).

Técnica Quirúrgica: Bajo anestesia subtenoniana, comenzamos con la EPNP realizando disección conjuntival superior con base en fórnix y cauterización de la esclera. Se disecciona el tapete escleral superficial, se talla y se retira el tapete escleral profundo. Se aplica mitomicina C al 0,02% durante 90 segundos y se lava con 100ml de solución salina balanceada. Después, se realiza una paracentesis a unos 180° del implante y una incisión principal a 90° de esta. Es importante el uso de viscoelástico dispersivo para ampliar cámara o para realizar hemostasia local. A continuación, comenzamos con la explantación sujetándolo por su extremo distal con unas pinzas de retina 23G, retirándolo del espacio supracoroideo con una ligera resistencia. Procedemos a pelar de manera cuidadosa toda la fibrosis periimplante con un cistitomo o con tijeras de retina 23G y así reducir el riesgo de ciclodiálisis. La irrigación/aspiración se utiliza para succionar cualquier sangrado intracamerular. Tras la explantación, se procedió a terminar la EPNP con pelado de la membrana trabeculodescemética, sutura del implante esnóper V2000 y cierre por planos con nylon 10/0.

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

V-13

CIRUGÍA DE GLAUCOMA CON DISPOSITIVO PRESERFLO Y RECUBRIMIENTO CON DURAGEN, EN UN GLAUCOMA NEOVASCULAR

Aranzazu Caro Ortega, Vicente Tomás Pérez-Torregrosa, Álvaro Ojeda Parot, Antonio Duch Samper

Objetivos:

- Mostrar la utilidad del preserflo en un glaucoma neovascular refractario
- El empleo del duragen como matriz de colágeno.
- La utilidad de la OCT-SA el estudio de las características de la ampolla, del tubo y de su seguimiento.

Introducción: Se presenta un varón de 64 años con un glaucoma neovascular secundario a una retinopatía diabética isquémica proliferante, con cifras de presión intraocular (PIO) de 30 mmHg en su ojo derecho pese a tratamiento hipotensor máximo. Tras realizar panfotocoagulación y varias inyecciones de antiVGF se practica una cirugía filtrante con preserflo e interposición con duragen.

Técnica quirúrgica: Se expone la cirugía filtrante con dispositivo preserflo.

El duragen es un implante absorbible de colágeno, que suple las funciones del ologen, favoreciendo la formación de espacio, la filtración y evitando la adherencia de la tenon al tubo; ayudando a formar la ampolla conjuntival. El duragen, se interpone entre la conjuntiva y el preserflo actuando de esponja y reservorio de humor acuoso (HA), al mismo tiempo que va a impedir la fibrosis de la tenon y la conjuntiva sobre el tubo.

Posteriormente se sutura la conjuntiva y la tenon en un solo plano con puntos sueltos de nylon de 9/0, para que la tenon quede aposicionada al limbo. Se administra celestone subconjuntival y se finaliza la cirugía.

Resultados: La presión intraocular del paciente se redujo a 5 mmHg y la ampolla era difusa y funcionante. Se siguió mediante OCT-SA.

Conclusión: 1. El preserflo puede ser eficaz y menos traumático que otras cirugías filtrantes.

2. La matriz de duragen puede emplearse como sustituto del ologen con características similares: favorecer la formación de la ampolla, evitar el contacto de la tenon con el tubo y retrasar o evitar la fibrosis.

3. La OCT-SA es una herramienta útil y no invasiva para el seguimiento postoperatorio tras la cirugía filtrante.

V-14

IMPLANTE DE VÁLVULA DE PAUL® NASAL INFERIOR MODIFICADA Y SUTURA DE OZURDEX® A ESCLERA

Marta Cerdá Ibáñez, Jorge Mataix Boronat, Cristina Peris Martínez

Introducción: Presentamos el caso de un paciente con antecedentes de desprendimiento de retina en su ojo izquierdo, que fue intervenido de cirugía de retina con silicona y cerclaje con posterior facoemulsificación y sutura de lente retroiridiana. Ha presentado en dicho ojo edemas maculares recurrentes, tratados con implantes de dexametasona intravítreo. En el último tratamiento con el implante se produce la migración del mismo a cámara anterior. Asimismo, debido a la emulsificación de la silicona y presencia de la misma a nivel angular superior y a que es corticorrespondedor, el paciente presenta un glaucoma secundario de ángulo abierto que ha ido progresando con el paso de los años. Tras retirar el Ozurdex® luxado, se decide realizar en el mismo acto quirúrgico el implante de una válvula de PAUL® nasal inferior modificada e implante de Ozurdex® suturado a esclera.

Técnica quirúrgica: Mostramos el implante de PAUL® nasal inferior con tubo en cámara anterior, modificando el área de la misma, recortando parte del cuerpo valvular. Asociamos en la cirugía el tratamiento intravítreo de implante de dexametasona suturado a esclera con nylon de 10-0.

Conclusiones: Las cirugías previas y el estado de la conjuntiva así como la presencia de bandas esclerales pueden dificultar el implante de dispositivos de drenaje. Con esta técnica, simple pero efectiva, recortando parte del plato valvular, podemos evitar la extrusión potencial de la válvula y disminuir posibles complicaciones; consiguiendo un control tensional satisfactorio a largo plazo. Al asociar la sutura del implante de dexametasona, reducimos la posible migración, mejoramos el edema macular y evitamos una mayor fibrosis y cicatrización en la formación de la cápsula fibrovascular del dispositivo de drenaje.

V-15

RECONSTRUCCIÓN CONJUNTIVAL TRAS BLEBITIS EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO

Alfonso Iribarra Fernandois, José Luis Torres Peña, Marta Montero Rodríguez, Esperanza Gutiérrez Díaz

Introducción: La reconstrucción de grandes defectos conjuntivales puede ser un reto quirúrgico dependiendo de la localización, extensión y condiciones previas de la conjuntiva. Presentamos el caso de un paciente con antecedente de implante XEN 63 vía ab externo que presentó a los 3 meses de la cirugía una blebitis. Como antecedente, presentaba un cáncer medular de tiroides en tratamiento con inhibidor de RET (Selpercatinib) y quimioterapia coadyuvante. Tras el diagnóstico, se pautó tratamiento tópico con colirios reforzados, consiguiendo eliminar la infección; sin embargo, se produjo una lisis total de la conjuntiva que expuso el implante XEN 63.

Técnica: Tras desepitelizar la zona expuesta con alcohol absoluto, procedimos a retirar el implante XEN 63 y suturar el punto de entrada. Para reconstruir el defecto, realizamos una disección amplia de Tenon y conjuntiva que abarcaba 150 grados. Luego, realizamos descargas posteriores en el fondo de saco, que nos permitieron un avance de la conjuntiva suficiente para cerrar mediante colgajos. Para tener más tracción, suturamos la Tenon con Vicryl de 7/0 lo más cerca del limbo posible, y luego repetimos el punto con Nylon, y retiramos el Vicryl. Realizamos esta maniobra en repetidas ocasiones y, tras varias suturas, conseguimos cerrar el defecto.

Conclusiones: Reparar grandes defectos conjuntivales a veces no es sencillo. En este caso, pudimos hacerlo con la conjuntiva del propio paciente y sin utilizar conjuntiva donante. Es ideal intentar evitar coger conjuntiva del otro ojo o del mismo ojo, debido a que en pacientes con glaucoma no es posible saber si en un futuro se necesitará operar alguna otra área. En este caso, la disección de Tenon y conjuntiva es fundamental para dar una adecuada movilidad que nos permita ir cerrando el defecto.

V-16

ENCENDIENDO UN CHANDELIER EN EL SÍNDROME DE CHANDLER

Inés Marinho Matos Morgado, Gabriel Morgado Santos, Fernando Rebelo Vaz

Introducción: El síndrome endotelial iridocorneal (ICE) se caracteriza por una proliferación endotelial aberrante que conduce a la obstrucción progresiva del ángulo iridocorneal, generando edema corneal secundario, glaucoma de ángulo cerrado y atrofia de iris. El manejo del glaucoma en esta entidad es un desafío, donde el tratamiento médico es usualmente insuficiente y la cirugía filtrante presenta éxito limitado. Este caso presenta un síndrome de Chandler, donde una mujer de 45 años presentó disminución de la agudeza visual (AV) del ojo izquierdo, edema corneal, corectopia y PIO de 45 mmHg pese tratamiento médico máximo. La gonioscopia y la tomografía óptica de coherencia de polo anterior demostraron sinéquias anteriores periféricas (PAS), con células ICE en la microscopia especular, confirmando el diagnóstico.

Técnica quirúrgica: Con el objetivo de restablecer el flujo de drenaje, se realizó una cirugía angular ab interno para el tratamiento del síndrome ICE asociado a glaucoma, que incluyó goniosinequiólisis, canaloplastia ab interno y trabeculotomía transluminal asistida por gonioscopia, concluyendo en la escisión de un segmento de trabeculum con un doble cuchillo de Kahook. Postoperatoriamente, la paciente presentó pupila redonda, PIO controlada, córnea transparente y mejoría de la AV. Sin embargo, a los 4 meses la PIO aumentó y se observó recurrencia de las PAS. Por fin, se realizó un implante de Paul y facoemulsificación con posterior control óptimo de la PIO sin medicación.

Conclusión: Este caso subraya la viabilidad de la cirugía ab interno en los síndromes ICE, resaltando las ventajas de preservar la conjuntiva y esclera para futuros procedimientos dependientes de ampolla. Los resultados transitorios en estos pacientes requieren un manejo postoperatorio estricto, estimulando la consideración de procedimientos adicionales para lograr una eficacia sostenida.

V-17

ESCLERECTOMÍA PROFUNDA NO PERFORANTE EN GLAUCOMA PIGMENTARIO

M.^a Victoria Navarro Abellán, Carmen Miquel López, M.^a Reyes Retamero Sánchez, Luis Eloy Pérez González

Introducción: El Glaucoma pigmentario (GP) es una de las formas más frecuentes de glaucoma secundario de ángulo abierto. Definido por la dispersión de pigmento iridiano en cámara anterior con aumento de PIO secundaria a obstrucción del flujo de humor acuoso a nivel de la malla trabecular. Presentamos un caso clínico de varón de 46 años diagnosticado de GP con PIO no controlada bajo triple terapia con iridotomías permeables y progresión confirmada en campo visual y tomografía de coherencia óptica.

Técnica quirúrgica: Realizamos esclerectomía profunda no perforante (EPNP) bajo anestesia peribulbar. Creamos un colgajo conjuntival de 7mm en cuadrante superior con base en fórnix, seguido del tapete escleral superficial, 5x5mm al 50% de espesor hasta alcanzar córnea clara, después hacemos el tapete escleral profundo, 4x4 mm hasta alcanzar casi el espesor total de la esclera, dejando una fina capa sobre la coroides. A nivel del espolón escleral se abre el canal de Schlemm, creamos una fenestración de 1,5mm de anchura anteroposterior para exponer la parte posterior de malla trabecular y membrana de Descemet, cortamos el tapete escleral profundo a 0,5mm por delante de la línea de Schwalbe. Posteriormente con la pinza de Mermoud pelamos las fibras yuxtacanaliculares y se produce una macroperforación con prolapso de iris y aumento de filtración, realizamos iridectomía y cerramos tapete superficial bajo la técnica de sutura extraíble con dos puntos de Nylon 9-0. Colocamos Duragen subconjuntival y cerramos conjuntiva con Vycril 6-0.

Conclusión: El GP es una patología de difícil manejo terapéutico, una alternativa quirúrgica es la EPNP. Tras una perforación de una EPNP el riesgo de hiperfiltración y complicaciones secundarias a esta es mayor que en una trabeculectomía reglada. Una opción es el uso de suturas extraíbles que nos permiten mantener una buena estanqueidad en el postoperatorio inmediato y retirarlas más adelante.

V-18

IRIDECTOMÍA QUIRÚRGICA POR INCARCERACIÓN DE IRIS PERSISTENTE TRAS EPNP

Enrique Normand de la Sotilla, José Luis Urcelay Segura, Blanca Monsalve Córdova, José Escribano Villafruela

Presentamos el caso de un paciente operado de esclerectomía profunda no perforante (EPNP) por glaucoma crónico de ángulo abierto (GCAA) que tras la cirugía presentó una incarceración de iris persistente a pesar de ser tratado con láser YAG y colirio de pilocarpina en dos ocasiones.

Se trata de un varón de 79 años, operado de catarata en ambos ojos hace 3 años. En tratamiento con tafluprost, brimonidina y brinzolamida con mala tolerancia. La utilización de betabloqueantes estaba contraindicada por cardiopatía.

La cirugía de EPNP se realizó sin detectar incidencias, pero a las tres semanas el paciente presentó corectopia y aumento de la presión intraocular (PIO) a 20 mmHg asociada a un aplanamiento de la ampolla de filtración subconjuntival. En la gonioscopia se observó una incarceración de iris hacia una microperforación de la ventana trabeculodescemética.

Inicialmente fue tratado con láser YAG, que resolvió fácilmente la incarceración, y colirio de pilocarpina. Sin embargo la incarceración recidivó en dos ocasiones al suspender la pilocarpina, por lo que se le ofreció tratamiento quirúrgico.

La iridectomía se realizó a través de dos incisiones corneales por temporal para intentar respetar la zona de la ampolla conjuntival funcionante, corrigiendo la incarceración y la corectopia. En el seguimiento cinco meses después de la cirugía inicial el paciente mantiene buen control tensional sin tratamiento hipotensor ocular.

V-19

TIPS EXPRES PARA UNA CIRUGÍA EXPRESS

Mayerling Mercedes Suriano, Mario Sebastián Hernández Soto

Introducción: El implante ExPRESS® cuenta con más de 20 años en el mercado, es sabido que tiene una eficacia similar a la trabeculectomía clásica pero con menos complicaciones y con una curva de aprendizaje rápida, por lo que consideramos que es una técnica que todo cirujano de glaucoma debe conocer y en el caso de los residentes y oftalmólogos que se inician en esta sub-especialidad, es una técnica ideal que les permitirá aprender el manejo quirúrgico de la esclera y conjuntiva, imprescindibles en esta área oftalmológica aunado a obtener grandes bajadas de la presión intraocular y una alta seguridad. Por todo ello con este video pretendemos dar tips quirúrgicos a estos cirujanos, que les permitirán realizar con mayor confianza y seguridad esta cirugía.

Técnica quirúrgica: Suspensión corneal, peritomía con base fornix, tallado de tapete escleral, colocación de mitomicina, lavado, colocación de implante, sutura de esclera y conjuntiva. Daremos varios tips a la hora de realizar cada paso.

Conclusión: el implante ExPRESS® es una técnica que todo oftalmólogo debe conocer, que es ideal para iniciarse en la cirugía de glaucoma y que permite grandes bajadas de la presión intraocular con muy pocas complicaciones.

V-20

EXPLANTE DE EYEWATCH

José Luis Torres Peña, Amaia De Madariaga Azcuénaga, Marta Montero Rodríguez, Esperanza Gutiérrez Díaz

Introducción: Paciente de 39 años con diagnóstico de glaucoma juvenil y miopía magna. Intervenida en 2008 de trabeculectomía en ojo derecho (ojo izquierdo en amaurosis por atrofia óptica glaucomatosa), se indica nueva cirugía de glaucoma por mal control tensional a pesar de terapia médica máxima.

Realizamos una cirugía de implante de EyeWatch sin incidencias en junio de 2023, con buen control inicial (14 mmHg con una apertura del EyeWatch de 4). A los 6 meses, observamos aumento de PIO a 28 mmHg, por lo que iniciamos terapia médica tópica, controlando la PIO. Además, observamos un abultamiento de la fascia lata que recubre el EyeWatch, por lo que decidimos revisar la cirugía.

Técnica: Durante la apertura, observamos intensa fibrosis sobre la fascia lata, que dificulta la disección por planos. Mientras disecamos cuidadosamente, observamos un quiste de Tenon a tensión sobre el EyeWatch, por lo que decidimos disecar alrededor del quiste. Tras liberar la intensa fibrosis y acceder al punto de conexión del plato con el EyeWatch, observamos que dicha conexión estaba rota en la base del regulador, por lo que el paso de humor acuoso era se producía desde el EyeWatch hacia el quiste de Tenon. Tras aislar el tubo de conexión del reservorio, inyectamos azul de metileno para valorar su funcionamiento, sin paso del colorante. Ante la ausencia de funcionamiento y el regulador roto, decidimos explantar el EyeWatch y dejar el plato.

Conclusiones: El dispositivo EyeWatch se presenta como una solución adecuada para evitar la hipotensión durante el implante de un DDG. Puede ser útil en ojos de alto riesgo, como es el caso de esta paciente. No podemos explicar la razón de la rotura del punto de conexión, ya que no hay antecedentes de traumas. Sin embargo, al ser un implante rígido, es posible que esté sometido a fuerzas de tensión que podrían favorecer su debilitamiento y posible rotura.

V-21

CENTAUROS DE LA OFTALMOLOGÍA. ENSEÑANDO ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA CIRUGÍA OCULAR

Fernando González del Valle, Ramón Lorente Moore, Javier Mendicute del Barrio, José Antonio Gegúndez Fernández

Introducción: Nuestra profesión implica un largo camino de aprendizaje, obtención de títulos universitarios, adquisición de conocimientos y entrenamiento médico y quirúrgico. Como médicos recibimos una muy buena preparación académica. Sin embargo, hay muchos aspectos psicológicos relacionados con la cirugía ocular que nunca hemos atendido o que desconocemos por completo.

Técnica quirúrgica: A través del método platónico de preguntas y respuestas a reconocidos cirujanos se reflexiona sobre todos los condicionantes físicos y psicológicos que están ligados al aprendizaje de la cirugía oftalmológica. Se hace hincapié en la importancia del entrenamiento físico y su relación con la resistencia mental ante una cirugía, la importancia del tutor, la preparación del ambiente de quirófano, la humildad, la evocación de la cirugía y la resiliencia entre otros aspectos. Se proponen alternativas reales al entrenamiento psicológico de un cirujano oftalmológico.

Conclusión: Reconocer la simbiosis entre la destreza quirúrgica y psicológica es clave para formar los cirujanos oculares competentes y empáticos del futuro. Dominar la cirugía de cataratas exige no sólo habilidad técnica sino también perspicacia psicológica. Para los oftalmólogos jóvenes, cultivar la resiliencia mental y las habilidades psicológicas es algo primordial. Esta capacitación los preparará para afrontar desafíos, mejorar la toma de decisiones y garantizar resultados quirúrgicos óptimos para todos los pacientes.

V-22

IMPLANTE DE IRIS ARTIFICIAL CONLENTE INTRAOCULAR

M.^a Isabel Gabarrón Herмосilla, Luna Chenoll Barbero, Pilar Puy Gallego, Esther Corredera Salinero

Introducción: Presentamos un caso de implante de una prótesis de iris artificial con lente intraocular Reper (Ophtec®), con fijación transescleral mediante suturas.

El paciente sufrió un traumatismo contuso en ojo izquierdo de mucha energía tras impacto de tapón de corcho a gran velocidad.

El traumatismo produjo una subluxación de más de 270° del complejo saco-cristalino, y desinserción de 180° del iris, hiphema total y hemovítreo.

Tras reabsorción del hiphema y cirugía de vitrectomía posterior y anterior con eliminación de estructuras subluxadas, el paciente es remitido a nuestra consulta para planificar una cirugía que solucione la afaquia-aniridia parcial residual.

Se solicita implante de lente Reper tras biometría y selección de color de la prótesis iridiana similar al ojo contralateral.

Técnica Quirúrgica: Bajo anestesia subtenoniana y sedación, se realiza el marcado de las posiciones donde se suturará la lente Reper a esclera, así como la incisión principal.

Tras peritomía, se tallan dos tapetes esclerales, ya que el tercer háptico de la lente se colocará sobre restos de cápsula cristalina en inferior.

Con aguja de 27G se «rescatan» las agujas de Prolene 10/0, previamente pasadas por el orificio de los dos hápticos de la lente a suturar a 180° de su posición prevista.

Se subluxa la lente tras restos iridianos y se cierra la incisión principal con Nylon 10/0.

Posteriormente se anudan las suturas de Prolene bajo las escotillas esclerales, que finalmente son fijadas en su posición con Tissucol®, así como la conjuntiva sobre ellas.

Conclusión: La prótesis de iris artificial con lente intraocular es una buena opción para casos de afaquia con aniridia parcial o total sintomáticas.

Esta presentación en vídeo carece de interés comercial y/o financiero alguno.

V-23

ABORDAJE QUIRÚRGICO DE CUERPO EXTRAÑO METÁLICO INTRAOCULAR

Ane Galarza López, Ana Sofía Argüelles, Nerea Gangoitia Gorrotxategi, Nerea Gangoitia Gorrotxategui, Beatriz Elso Echeverría

Introducción: Varón de 45 años acude a urgencias por pérdida súbita de visión en ojo derecho tras recibir impacto de objeto desconocido a gran velocidad en dicho ojo mientras trabajaba con la desbrozadora en el campo, portando máscara facial protectora. Tras exploración y pruebas de imagen complementarias se diagnostica cuerpo extraño intraocular metálico de aspecto helicoidal.

Técnica Quirúrgica: Bajo anestesia general, se realiza exploración y se aprecia cuerpo extraño metálico que protruye por zona limbar a las VII horas. Se objetiva herida de espesor completo desde las VII horas a nivel limbar hasta las III horas por debajo del músculo recto interno, con cuerpo extraño metálico que se extrae. Se comprueba que se trata de un alambre de espino, junto con el cuerpo extraño se extrae material fibrilar, probablemente hebras de pelo animal. Se realiza cierre de la herida por planos, suturando esclera con Nylon 8-0, córnea con Nylon 10-0 y conjuntiva con Vycril de 6-0.

Conclusión: Los cuerpos extraños intraoculares son una de las principales causas de trauma ocular y de disminución de agudeza visual. Es importante su diagnóstico y abordaje precoz. Entre los factores que influyen en el resultado visual se incluyen el tamaño, naturaleza, localización y velocidad de impacto. En nuestro caso se trata de un cuerpo extraño metálico de grandes dimensiones, impactado a gran velocidad, con gran desestructuración del contenido intraocular, por lo que el objetivo de la cirugía fue la extracción y cierre del globo ocular junto con tratamiento antibiótico con el fin de evitar una infección posterior.

V-24

«CUANDO UN PARCHES ES LA SOLUCIÓN»: APLICACIÓN DE PARCHES ESCLERALS DE ESPESOR PARCIAL PARA EL CIERRE DE PERFORACIÓN OCULAR EN PACIENTE NO CANDIDATO A TRASPLANTE CORNEAL

Ricardo García-Serrano Fuertes, Miguel Contreras Díaz, Margarita Cabanas Jiménez, Ana Martínez Borrego

Introducción: La perforación ocular (PO) representa una afección frecuente con incidencia anual de 3.5 por cada 100,000 habitantes a nivel mundial. En su manejo se trata de preservar la integridad del globo con métodos conservadores o quirúrgicos como la queratoplastia terapéutica o el recubrimiento conjuntival. Presentamos el caso de un paciente intervenido de carcinoma espinocelular, con parálisis facial secundaria, lagoftalmos y ectropión de parpado inferior de ojo izquierdo (OS). Acudió a nuestro servicio de con PO en OS que fue intervenida con pegamento de cianocrilato. Finalmente, se consiguió sellar la herida mediante un parche escleral de espesor parcial y recubrimiento conjuntival posterior.

Técnica quirúrgica: Bajo anestesia peribulbar se retiró el pegamento de cianocrilato en la zona de adelgazamiento corneal inferior. Se extrajo un punch de 5mm de esclera donante mediante punch de biopsia dermatológico. Realizamos tallado de esclera con mini-crescent para obtener un parche escleral de espesor parcial. Posteriormente desepitelizamos los bordes de la herida con el objetivo de lograr crecimiento epitelial que integrara la esclera en la córnea receptora. Se suturó el parche de esclera con 8 puntos radiales y enterrados de nylon 10-0. Se realizó peritomía y avance conjuntival procedente de temporal inferior que fijamos con 3 puntos de nylon 10-0 a córnea y esclera.

Conclusión: Un mes después tanto el parche escleral como el recubrimiento conjuntival mantenían buen aspecto, ausencia de Seidel y cámara anterior formada. La técnica presentada logró preservar la integridad del globo ocular. Por ello, pese a la escasa literatura disponible, ésta técnica representa una alternativa quirúrgica efectiva en pacientes en los que otros métodos no han sido eficaces y el trasplante corneal no está disponible o indicado; especialmente en PO periféricas o con pérdida de tejidos.

V-25

RECONSTRUCCIÓN PUPILAR TRAS LACERACIÓN IRIDIANA E IRIDODIÁLISIS IATROGÉNICA

Pablo González de los Mártires, José Andonegui Navarro

Introducción: Las alteraciones iridianas estructurales adquiridas, ya sean traumáticas o iatrógenas, presentan varias opciones quirúrgicas, incluyendo la iridoplastia, la criopexia o la endoprótesis de iris. En este caso, exponemos las características técnicas de una iridoplastia compleja mediante vídeo quirúrgico.

Técnica quirúrgica: Varón de 73 años que presenta una laceración iridiana e iridodiálisis iatrogena en OD tras cirugía de catarata 2 meses antes. Pseudofaquia correcta en cápsula posterior. CA amplia. No sinequias. AV OD: 4/10 sc, pero asociando fotofobia y deslumbramientos continuos. Ante esta situación, se programa para realizar iridoplastia.

El procedimiento involucra dos técnicas específicas. Inicialmente, se realizan dos suturas con aguja recta de polipropileno 10-0, mediante técnica de McCannel, con el objetivo de alinear y acoplar los bordes lacerados del iris. Posteriormente, se realizó un abordaje transpupilar para reparar la iridodiálisis. Este segundo método de iridoplastia utiliza una aguja recta de polipropileno 10-0 doble armado con lapropósito de aproximar y anclar la raíz de iris desprendida hacia la esclera adyacente, guiada a través de una aguja-cánula de 30G.

Al mes de la intervención, desaparecieron las molestias visuales, presentando una AV OD de 6/10 sc. No presentó iritis ni uveítis en ningún momento del post-operatorio.

Conclusión: El uso de dos técnicas de sutura iridiana específicas, primero para reparar la laceración del iris y luego para reducir la iridodiálisis, permite restaurar la anatomía del iris y mitigar los fenómenos disfotópsicos.

V-26

QUISTE DE IRIS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y MANEJO

Elena Gracia Rovira, Vicente Tomás Pérez Torregrosa, Marta Comes Carsí, Álvaro Andrés Ojeda Parot

Introducción: Presentamos un paciente que acude a consulta por baja agudeza visual a estudio. A la exploración, se encuentra una catarata nuclear, sínquis centelleante y una masa en el iris que el paciente refiere que tiene hace años. Ante esta situación, realizamos el diagnóstico diferencial de masas de iris, fundamentalmente con el melanoma. Tras realizar una tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (OCT-SA) y por las características de dicha masa, la filiamos como quiste estromal de iris.

Técnica quirúrgica: Debido a la baja agudeza visual del paciente condicionada por la catarata, decidimos someterlo a cirugía de catarata. Durante la operación, la midriasis fue buena y el iris se comportó con normalidad. La agudeza visual final fue de la unidad.

Conclusión: Ante una masa en el iris se debe realizar su diagnóstico diferencial, sobre todo con el melanoma. La OCT-SA ayuda a la caracterización y seguimiento de las masas de iris. No se ha encontrado una relación clara entre sínquis centelleante y quiste de iris.

No hay ningún interés comercial ni hemos recibido apoyo económico.

V-27

«MANIOBRA DE EPLEY OFTALMOLÓGICA» PARA LA RECOLOCACIÓN DE OZURDEX[®] A CÁMARA VÍTREA EN LA URGENCIA

Elena Puertas Martínez, Amaia de Madariaga Azcuénaga, Martín Puchol Rizo, Luis Alcalde Blanco

Introducción: El tratamiento con Ozurdex[®] en un paciente con iridectomía o con lentes de anclaje iridiano o escleral puede precipitar una descompensación corneal cuando este migra a la cámara anterior (CA), por ejemplo, ante movimientos de vaivén de la cabeza. Presentamos un caso clínico de un paciente con una lente de anclaje iridiano e iridectomía superior que presentó una descompensación corneal por ectopia de implante Ozurdex[®] a CA tras frenar el autobús. Se realizó una recolocación del implante a cámara vítrea (CV) en la consulta de urgencias mediante la «maniobra de Epley oftalmológica».

Técnica quirúrgica: Se coloca al paciente tumbado decúbito supino de tal forma que la cabeza sobresalga de la camilla y la sujetemos con nuestras manos. A continuación, realizamos suaves movimientos de la cabeza para introducir el Ozurdex[®] por la iridectomía del paciente. Controlamos en todo momento el aspecto de la CA y la tolerancia de la postura por parte del paciente. Sabremos que el objetivo se ha conseguido cuando no veamos el implante en la CA. Comprobamos la correcta localización del mismo en la CV mediante la exploración del fondo de ojo. A continuación, pautamos colirios mióticos.

Conclusión: La «maniobra de Epley oftalmológica» es útil para la recolocación del implante Ozurdex[®] desde CA a CV, evitando una posible intervención quirúrgica.

V-28

CORRECCIÓN DE ANIRIDIA TRAUMÁTICA CON PRÓTESIS IRIDIANA PERSONALIZADA (REPER)

Xavier Suárez Valero, Francesc Xavier Corretger Ruhi

Introducción: En este formato, se visualizarán 2 videos de 2 pacientes con una historia similar de aniridia traumática, ambos pseudofáquicos. Se abordará el manejo quirúrgico para resolver la fotofobia con el implante de una prótesis iridiana personalizada.

Técnica Quirúrgica: Manteniéndolo la lente intraocular en ambos casos, se implantó una prótesis iridiana personalizada (Reper) en el sulcus a través de una incisión de 2,8 mm.

En uno de los dos casos, adicionalmente se realizó una sutura del complejo saco-LIO con Prole-
ne 10/0 debido a una subluxación del complejo saco-LIO superior.

Conclusión: El manejo de la aniridia es complejo y requiere un enfoque individualizado. Existen múltiples alternativas terapéuticas, y la elección de la técnica quirúrgica adecuada es crucial para optimizar los resultados visuales y funcionales de los pacientes. El implante de prótesis iridianas personalizadas representa una opción eficaz en casos seleccionados, proporcionando una solución estética y funcional.

V-29

PLEGAMIENTO PLUS DE RS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Marta Caparrós Osorio, Esperanza García Romo, Esther Jiménez Morcuende

Introducción: El plegamiento es una técnica quirúrgica utilizada para fortalecer los músculos, destacando por su carácter potencialmente reversible, la ausencia de desinserción muscular y su enfoque conservador. Sin embargo, hay escasa evidencia sobre sus resultados en músculos rectos verticales.

Caso Clínico: Se presenta el caso de un niño de 10 años que había sido intervenido previamente de retroinserción del recto inferior y oblicuo inferior del ojo izquierdo (OI) en otro centro. La exploración física reveló hipotropía del OI de 25 dioptrías prismáticas (DP), limitación en las supraversiones, exotropía del OI de 8 DP y ptosis neurogénica congénita del OI. El test de ducción forzada fue negativo. Optamos por realizar una técnica denominada «plegamiento plus» del recto superior (RS), debido a su naturaleza conservadora y potencialmente reversible. Esta técnica busca un mayor acortamiento muscular en comparación con la técnica de resección tradicional del RS.

Técnica Quirúrgica: Se aisló el RS y se midieron 5 mm desde la inserción del músculo. Se pasó una sutura no absorbible por la parte media del músculo, realizando una lazada doble en cada extremo. Luego, se pasó la sutura por la esclera a 1 mm anterior a la inserción del RS y dos más, saliendo a través del músculo por detrás de la sutura inicial. Se plegó el músculo RS dejando el pliegue en contacto con la esclera. Finalmente, se ancló a la esclera a 2 mm de la inserción del RS, fijando con puntos simples.

Conclusiones: La técnica de plegamiento plus permitió acortar 7 mm el músculo RS, superando la planificación inicial de 5 mm. A las 4 semanas postoperatorias, la hipotropía del paciente se redujo de 25 DP a 11 DP. A las 6 semanas, presentó una hipotropía residual de 7 DP, sin limitación en las supraversiones, sin efecto masa y con buena tolerancia. El paciente continúa en seguimiento para evaluar la motilidad ocular extrínseca y el control de la ptosis.

V-30

FIJACIÓN PERIÓDICA EN CASO DE DESINERVACIÓN CRANEAL CONGÉNITA

Héctor Fernández Jiménez-Ortiz, Lucía Saavedra Seijo, Raquel Lapuente Monjas

Introducción: Presentamos el caso de un varón de 58 años con Síndrome de Desinervación craneal congénita. En la familia existen dos hermanos afectados de la misma patología. El paciente consulta por tortícolis mentón elevado 10° con cervicalgia crónica y dificultades crecientes en su actividad laboral. Se planteó retroinserción de rectos inferiores que resultó en una tenectomía completa de ambos músculos por la imposibilidad de elevar el globo para hacer la retroinserción. Esta intervención no mejoró el tortícolis, planteándose posteriormente fijación perióstica del globo ocular a suelo orbitario.

Técnica quirúrgica: La fijación perióstica es una técnica descrita para estrabismos inconstantes en los que no se consiguen resultados con técnicas de debilitamiento, refuerzo o transposición muscular. Consiste en anclar el globo al periostio más próximo a la posición que queremos corregir con material no absorbible. En este caso queremos elevar el globo, pero la fijación a techo de la órbita no se consideró apropiada por la posible iatrogenia sobre elevador del párpado superior. Se realizó por tanto la fijación a suelo, forzando la supraducción de cada ojo con sutura no absorbible.

Conclusiones: El paciente mejoró ligeramente de su tortícolis, aliviando parcialmente su cervicalgia. No obstante, la manipulación del párpado inferior izquierdo elevó 1 - 2 mm el borde palpebral inferior, refiriendo cierta reducción del campo visual. La técnica consiguió su objetivo principal en este caso, si bien la iatrogenia sobre el párpado inferior no produjo los resultados deseados para el paciente.

V-31

SWITCH FLAP: UNA TÉCNICA DE RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DE PÁRPADO SUPERIOR

María Barceló Arenas, M.^a Antonia Fagúndez Vargas, M.^a José Carrilero Ferrer, Claudia Alessandra Zambrano Santoyo

Introducción: La reconstrucción del párpado superior, especialmente los grandes defectos de espesor total, es uno de los retos de mayor complejidad a los que se enfrentan los oftalmólogos oculoplásticos. Se presenta una técnica quirúrgica de reconstrucción palpebral superior denominada «Switch Flap», realizada en una paciente con un carcinoma basocelular en toda la extensión de borde libre de párpado superior.

Técnica Quirúrgica: Mujer de 47 años con madarosis en párpado superior de ojo derecho de un año de evolución. A la exploración, se observa una lesión esclerosante con borde libre completo de párpado superior desestructurado, madarosis e hiperemia de la conjuntiva tarsal. Ante la sospecha de un proceso tumoral, se realizó biopsia en cuña de espesor total de párpado superior. El informe anatomopatológico informó que se trataba de un carcinoma basocelular, que invadía dermis reticular. En este caso, las técnicas quirúrgicas planteadas para la reconstrucción del párpado superior eran la realización de un «Cutler- Beard», «Frickie Flap» o «Switch Flap», siendo éste último el que se llevó a cabo. En la primera cirugía, se realizó una exéresis completa de la lesión tumoral con márgenes, junto con la primera etapa de la reconstrucción con «Switch Flap». Tres semanas después, se procede a completar la reconstrucción de párpado superior, realizándose un colgajo de avance temporal para reconstruir el defecto resultante en párpado inferior. Tras 4 meses de seguimiento, la paciente presentaba un margen palpebral superior intacto con pestañas y de gran estabilidad, al estar incluido el tarso en el colgajo realizado.

Conclusión: El «Switch Flap» es un procedimiento muy útil para la reconstrucción de defectos complejos de párpado superior de espesor total, con un resultado funcional y estético satisfactorio.

V-32

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DEL PÁRPADO FLÁCIDO

Carmen Cabedo Claramonte, Ana Fernández Marrón, M.^a Carla Balmaseda Álvarez, Lucía Verdejo Gómez

Introducción: El síndrome del párpado flácido se da por una excesiva laxitud palpebral que provoca síntomas irritativos y conjuntivitis papilar, siendo más frecuente en varones con obesidad y síndrome de apnea/hipoapnea del sueño.

Técnica quirúrgica: Se presenta una comunicación en vídeo a cerca del tratamiento quirúrgico del síndrome del párpado flácido en aquellos pacientes refractarios a tratamiento conservador. Se exponen los pasos a seguir a la hora de realizar una resección tarsal en cuña pentagonal lateral del párpado superior.

Conclusión: Se trata de una patología infradiagnosticada y con cada vez mayor prevalencia en nuestra sociedad, es por ello que es importante conocer la técnica quirúrgica a realizar en aquellos casos refractarios al tratamiento.

V-33

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA: ¿ALGUIEN HA VISTO MI PÁRPADO INFERIOR?

Rodrigo Fernández Narros, Nuria Ibáñez Flores, Pilar Peña Urbina, Marta Balboa Miró

Introducción: La reconstrucción palpebral posterior a una extirpación de una neoplasia cutánea maligna supone un reto en la mayoría de las ocasiones. El conocimiento de la anatomía quirúrgica de los párpados y una planificación preoperatoria adecuada son fundamentales para realizar el procedimiento con éxito y minimizar las complicaciones y la necesidad de reintervención. Presentamos un caso de carcinoma basocelular metatípico de párpado inferior que requirió una reconstrucción del párpado inferior en su totalidad, incluyendo ambos cantos.

Técnica quirúrgica: Tras la exéresis completa del tumor y la confirmación intraoperatoria de márgenes quirúrgicos libres, se procedió a la reconstrucción del gran defecto subyacente.

1. Dada la necesidad de extirpar por completo la rama inferior del tendón cantal lateral, se procedió al tallado de un flap de periostio desde el reborde orbitario, a modo de anclaje, para la formación del neocanto.

2. Se extrajo un autoinjerto condropericóndrico del antehélix auricular para dotar de soporte rígido al párpado inferior, que posteriormente se suturó al flap de periostio lateral y al propio reborde orbitario en la región medial.

3. Al tener una adecuada cantidad de piel a nivel malar, se optó por realizar un colgajo de avance malar para reconstituir la lamela anterior, en lugar de un autoinjerto miocutáneo.

4. Posteriormente, se suturaron ambas lamelas mediante suturas transfixiantes de polipropileno.

5. Finalmente, para la cobertura del defecto cutáneo restante en el canto medial, se decidió realizar un colgajo de rotación glabellar.

Conclusión: El principio fundamental para una reconstrucción palpebral de espesor completo es la adecuada reparación de las distintas subunidades del párpado: lamela anterior, lamela anterior y el soporte tendinoso a nivel cantal. Si bien resulta una cirugía laboriosa, esta técnica comporta un buen resultado funcional y estético, con la ventaja de realizarse en un solo tiempo quirúrgico.

V-34

INJERTO DE PERICRÁNEO PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE CAVIDAD ANOFTÁLMICA

Alicia Gómez Saiz, Denisse Espinosa Encalada, Alejandra Gayoso Martínez, Pilar Escribano Argandoña

Introducción: El injerto de pericráneo autólogo se presenta como una alternativa innovadora para la reconstrucción de cavidades anoftálmicas, especialmente en casos de difícil de volumen y conjuntiva insuficiente para cubrir el nuevo implante.

Técnica quirúrgica: Se presenta el caso de un varón de 62 años con extrusión de implante protésico ocular de ojo izquierdo en el que se realiza recambio protésico y cierre de la cavidad reforzado con injerto de pericráneo autólogo.

En primer lugar, bajo anestesia general, se realiza disección roma de adherencias para retirada del antiguo implante medpor y limpieza de la cavidad. Para la obtención del injerto se realiza incisión con bisturí (HB-15) en cuero cabelludo de zona parietooccipital (3cm), apertura con ganchos y disección por planos con desperiostizador (cuero cabelludo, fascia superficial, grasa aponeurótica) hasta alcanzar pericráneo y obtener injerto de 2-3 cm, con posterior cierre del defecto. Una vez disponemos del injerto, se coloca nuevo implante protésico de silicona de 18 mm, se realiza cierre por planos, se refuerza la cavidad mediante la sutura del injerto (Vycril 6/0) y se coloca conformador.

Conclusiones: La obtención del injerto de pericráneo es una técnica sencilla y con muy baja comorbilidad, que ocasiona pocas molestias al paciente y con la que se han obtenido buenos resultados como tratamiento en la oculoplastia reconstructiva, postulándose una alternativa innovadora y eficaz en la reconstrucción de cavidades anoftálmicas.

V-35

SCHWANNOMA ORBITARIO INFERIOR. ORBITOTOMÍA ASISTIDA CON CRIOTERAPIA

Francisco Javier González García, Alicia Santana Jiménez, Samuel López Muñoz, Diego Losada Bayo

Introducción: Los schwannomas son tumores benignos de la vaina del nervio periférico, compuestos por células de Schwann. Constituyen el 1% de los tumores orbitarios. Histológicamente tienen una cápsula fibrosa que envuelve áreas de tejido hiper celular e hipocelular (patrón Antoni A y Antoni B respectivamente).

Se presenta un varón de 46 años que consultó por inflamación orbitaria inferior derecha de 3 años de evolución. No refiere disminución de agudeza visual ni diplopía. La exoftalmometría de Hertel mostró proptosis del ojo derecho. A la exploración se observó una masa sólida y móvil en la órbita inferior derecha. La RM mostró una lesión sugestiva de hemangioma cavernoso, sin embargo, el estudio histológico reveló que se trataba de un schwannoma.

Técnica Quirúrgica: Se realizó una incisión transconjuntival a 4 mm del borde inferior del tarso y se procedió a la apertura del septum y la localización de la cápsula tumoral. Para exponer el ecuador de la lesión, se realizó disección roma y técnica de «mano sobre mano» con espátulas maleables y freer. Se traccionó la cápsula tumoral con crioterapia hasta exponer el polo posterior de la lesión y se comprobó su excisión completa. Finalmente, se reposicionaron conjuntiva y retractores sin suturas, y oclusión compresiva sin drenaje.

Conclusión: Identificar el nervio del que procede el schwannoma es difícil debido a la gran cantidad de fibras nerviosas que atraviesan la órbita. La localización más típica es superior y/o posterior (70%), sin embargo, nuestro caso es un infrecuente schwannoma de localización inferior.

Tanto los estudios de TC como los de RM no fueron consistentes en la predicción del diagnóstico. Un análisis detallado del patrón de difusión de contraste mediante RM dinámica permite lograr una mayor precisión diagnóstica.

El objetivo quirúrgico consiste en extirpar el tumor intacto en una etapa temprana. La crioterapia permite mantener la cápsula íntegra durante la disección, y evitar dejar restos tumorales.

V-36

SORPRESA HISTOPATOLÓGICA EN UN TUMOR ORBITARIO

César Fernando Gutiérrez Barrios, Carlos Eduardo Sarabia Turbay

Se trata de una paciente femenina de 47 años de edad, sin antecedentes personales de importancia para el padecimiento, que acude a consulta por presentar proptosis del ojo izquierdo de 2 meses de evolución, se solicita tomografía computarizada en la que se aprecia un tumor orbitario, el cual se decide resear y en el estudio de patología se demuestra sorprendentemente que el diagnóstico es un rabdomiosarcoma pleomórfico.

El video muestra fotografías clínicas de la presentación de la paciente prequirúrgico, tomografía computarizada, cirugía realizada y estudio de histopatología.

El objetivo del video es mostrar un caso clínico de un rabdomiosarcoma pleomórfico no esperado y recalcar la importancia de la biopsia cuando existe duda diagnóstica.

V-37

EL PODER DE LA SINERGIA: FUSIÓN DE LA CIRUGÍA DE COLGAJO FRONTAL Y LA TOXINA BOTULÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DEL BLEFAROESPASMO PERSISTENTE

Ronald Steven Il Medalle, M.^a Alejandra Amesty

Propósito: Demostrar un enfoque para el tratamiento del blefaroespasmio mediante la utilización de cirugía de colgajo frontal y toxina botulínica.

Métodos: Presentación en vídeo

Resultados: La cirugía de colgajo frontal, que ayuda a ampliar la apertura del párpado junto con la quimiodenervación con toxina botulínica, alivió los síntomas de blefaroespasmio y mejoró la calidad de vida de nuestro paciente.

Conclusión: Este enfoque combinado es efectivo en el tratamiento del blefaroespasmio, destacando la necesidad de ambos para mejorar la efectividad en el manejo de esta entidad patológica.

V-38

MI PRIMER DMEK. ¿A QUIÉN ELEGIRÍA?

Elena Arias García, Ester Fernández López, M.^a José Roig Revert, Álvaro Cabezas Vicente

En este vídeo que he titulado «Mi primer DMEK. ¿A quién elegiría?», presento a qué tipo de donante y a qué tipo de receptor trataría de elegir en caso de que quisiese enfrentarme a mi primer DMEK.

La importancia de esta cuestión radica en que el DMEK es el trasplante corneal de mayor reto quirúrgico y con una curva de aprendizaje larga, por eso es importante elegir a un donante y a un receptor que tengan unas características que vayan a facilitar la realización de este tipo de queratoplastia lamelar.

En cuanto al donante, hay que tener en mente que el objetivo es conseguir un injerto viable ya que, de no ser así, no podremos ni tan siquiera empezar el acto quirúrgico. Lo ideal sería la consecución de un doble rollito. Una característica de la córnea donante que nos puede facilitar este objetivo, es que tenga un buen rodete escleral que nos vaya a facilitar su manipulación. Además, se ha visto que los donantes de más de 60 años presentan una Descemet menos adherida al estroma, lo que puede implicar menos riesgo de roturas durante el pelado de la córnea y que sus tejidos son más laxos, lo que puede facilitar la formación de un doble rollito. La ventaja de obtener un doble rollito laxo es su mayor facilidad de desplegamiento en cámara anterior y adhesión a la córnea receptora.

Por el contrario, los tejidos de los pacientes jóvenes presentan mayor rigidez, y por tanto es más probable que se forme un rollito único y prieto, que va a ser mucho más difícil de desplegar en cámara anterior.

En cuanto al receptor, es preferible un caso de Fuchs no muy avanzado que presentará menos opacidad corneal que una queratopatía bullosa avanzada. También sería preferible un paciente pseudofáquico para que no haya riesgo de catarata por manipulación del cristalino. También es preferible que sea un DMEK primario y no un re-DMEK.

En caso de conseguir un donante y un receptor de estas características, estaríamos más cerca de conseguir completar nuestro primer DMEK.

V-39

REPARACIÓN QUIRÚRGICA EN UN CASO DE IRIS EVANESCENTE

Javier Celis Sánchez, Eva M.^a Avendaño Cantos, Fernando González Del Valle, Virginia Hernández Ortega

Introducción: El síndrome de iris evanescente se produce como consecuencia de un traumatismo contuso en un ojo operado previamente de catarata. La existencia de una incisión corneal hace de válvula que se abre ante la enorme presión de un traumatismo y evita el estallido ocular. Como consecuencia el iris es avulsionado en su totalidad, pero la lente se mantiene «in situ». Presentamos el caso de una paciente de 65 años con una fotofobia invalidante secundaria a un síndrome de iris evanescente y su tratamiento quirúrgico mediante una prótesis iridiana.

Técnica quirúrgica: Se muestra la cirugía mediante el implante de una prótesis de iris, modelo C de Reper y su inserción mediante la técnica de Canabrava, que describió para sutura de lentes. Se utilizan bridas de Prolene con topes en sus extremos.

Conclusión: Los resultados obtenidos han sido muy buenos, con un abordaje sencillo y poco agresivo. Se consiguió la desaparición de la fotofobia, el mantenimiento de una buena agudeza visual y un aspecto estético satisfactorio.

V-40

TÉCNICA SÁNDWICH: INJERTO DE ESCLERA DONANTE, INJERTO DE MUCOSA LABIAL Y ENDORET COMO TRATAMIENTO DE ADELGAZAMIENTO ESCLERAL EN PACIENTE CON GLAUCOMA CONGÉNITO

Pilar Escribano Argandoña, Manuel Cebrián Toboso, M.^a del Monte-Carmelo Rojo Arnao, Alicia Gómez Sáiz

Introducción: Paciente de 29 años que acude a consulta de seguimiento por glaucoma congénito con una disminución de la agudeza visual (AV) a 0.1 (previa de 0,3). Como antecedentes personales la paciente presenta dos trabeculectomías en ojo derecho (OD). En la exploración se constata una hipotonía de 2 mmHg y en la biomicroscopía (BMC) OD se aprecia un adelgazamiento escleral superior con exposición uveal con conjuntiva avascular de 12 x 15 mm y una catarata subcapsular posterior. En las pruebas complementarias, el campo visual 10:2 OD presenta una reducción concéntrica y preservación de visión central. En la OCT macular observamos pliegues maculares por hipotonía.

Procedimiento quirúrgico: Ante riesgo de perforación ocular y con el fin de preservar la visión central de la paciente, se decide realización de una «técnica sándwich»: injerto de esclera donante (15x15mm), un autoinjerto de mucosa labial (18x10mm) y Endoret. Tras la cirugía y 3 meses postoperatorio se consigue la presurización del globo ocular aumentando la PIO a 25 mmHg, por lo que se valora cirugía combinada facoemulsificación junto con cirugía de glaucoma mínimamente invasiva (MIGS).

Conclusión: En pacientes con adelgazamientos esclerales importantes sin posibilidad de obtención de injerto de conjuntiva viable del ojo adelfo, la obtención de mucosa labial es una buena opción por su buena vascularización y por la oportunidad de obtener un tamaño adecuado. Además, el uso combinado con Endoret aporta factores de crecimiento, prescindiendo el uso de membrana amniótica, con una fácil extracción del mismo.

V-41

REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE FIBROSIS DE TRASPLANTE CORNEAL TIPO DSAEK MEDIANTE TRASPLANTE TIPO DMEK

Ana Flores Cano, María Gessa Sorroche, Álvaro Moreno Guerrero, José Antonio Aguiar Caro

Introducción: Presentamos el caso de un paciente intervenido de trasplante corneal tipo DSAEK (Queratoplastia Endotelial de Descemet Desprendida Automatizada) cuyo injerto presentaba fibrosis desde hacía 5 años. Se reinterviene mediante retirada del injerto y colocación de nuevo trasplante, en este caso de tipo DMEK (queratoplastia endotelial de la membrana de Descemet).

Técnica quirúrgica: En condiciones de asepsia, se realiza desepitelización corneal y se practican tres incisiones corneales, a las II, a las VII y a las X. A continuación, mediante movimientos suaves, se separa el injerto fibrosado de la cirugía previa. Posteriormente, y tras medir el lecho corneal para asegurar el ajuste del injerto DMEK, se realiza una incisión superior de mayor tamaño, a través de la cual se extrae el injerto previo y se inyecta cuidadosamente el nuevo. Tras la inyección, se sutura la incisión superior con un punto de nylon 10-0. Seguidamente, se posiciona correctamente el injerto mediante múltiples toques suaves en la superficie corneal (en ese momento, el tono ocular se mantiene bajo para permitir una mejor movilidad). Por último, se deja una burbuja de gas SF₆ al 20% en cámara anterior. El resultado fue excelente, mejorando la agudeza visual (previamente movimiento de manos) a 0.8.

Conclusión: En los pacientes adecuados, un trasplante tipo DMEK puede ser una solución quirúrgica con magníficos resultados tras una DSAEK fallida por fibrosis del injerto en el postoperatorio.

V-42

PEELING ENDOTELIAL. ¡UN MUNDO CON MUCHAS VARIANTES!

Javier Lacorzana Rodríguez, Frank Larkin, Arthur Okonwo, Alfonso Vásquez-Pérez

Introducción: Actualmente la queratoplastia lamelar endotelial se ha convertido en una de las técnicas más usadas en cirugía corneal. No obstante, el primer paso consiste en la preparación del tejido. En este video presentamos multitud de variantes dentro de la misma técnica basadas en nuestra experiencia en Australia y en Reino Unido.

Técnica quirúrgica: presentamos distintas técnicas de stripping, de marcado anterior o posterior, e incluso de no marcado.

Conclusión: Todas las distintas técnicas son útiles y cada cirujano debería elegir cuál se ajusta mejor a él.

V-43

RE-INJERTO CON QUERATOPLASTIA LAMINAR PROFUNDA 20 AÑOS DESPUÉS DE EPIQUERATOPLASTIA FALLIDA EN QUERATOCONO

Hernán Martínez Osorio

Introducción: El re-injerto después de epiqueratoplastia es una cirugía poco frecuente y un reto quirúrgico. En el video se muestra la cirugía de un re-injerto con queratoplastia laminar de un paciente de 51 años al que se le realizó en 2001 una epiqueratoplastia para el manejo de queratocono en el King Khaled Eye Specialist Hospital en Riyadh, Arabia Saudita.

Técnica quirúrgica: La epiqueratoplastia se resecó con disección roma y luego se realizó una queratoplastia laminar profunda de 8 mm con la técnica de «Big Bubble».

Conclusión: Después de queratoplastia laminar anterior o epiqueratoplastia antigua de 20 años es posible realizar una queratoplastia laminar profunda (re-injerto) sin complicaciones y con buen resultado refractivo.

V-44

CIRUGÍA DE FEMTO A TRAVÉS DE LENTE FÁQUICA

Lucía Mata Moret, Ramón Calvo Andrés, Valía Monforte, Isabel Soler

Las cirugías de extracción de lio faquica y cataratas en pacientes con bajo recuento endotelial siempre tienen un riesgo elevado de descompensación corneal. La combinación de esta cirugía junto con la fragmentación con láser de femtosegundo nos agiliza y facilita la misma existiendo un menor riesgo de descompensación corneal.

V-45

CONCENTRADO DE PLAQUETAS COMO OPCIÓN QUIRÚRGICA PARA EL TRATAMIENTO DEL AGUJERO MACULAR

Nidia Ruiz Monclús, Bárbara Delas Alos, Lorena Almudi Cortés, Mouafk Asaad

Introducción: Se presenta el caso de un paciente varón de 86 años con antecedentes de hemorragia macular masiva asociada a membrana neovascular (MNV) yuxtapapilar en ojo izquierdo (OI) por la cual se realizó vitrectomía pars plana 25G con inyección de rTPA subretiniano en febrero de 2023. Tras 4 meses postcirugía se objetiva la reabsorción de la hemorragia, la fibrosis de la MNV y la restauración del perfil foveal manteniendo una agudeza visual (AV) en OI de 0,5. Al año y medio de seguimiento, la AV es de 0,15 en OI y a la exploración se objetiva un agujero macular de 826 micras (diámetro de la base) con edema en los bordes.

Técnica quirúrgica: Se realiza vitrectomía pars plana con pelado de membrana limitante interna e implante de membrana de Endoret.

Conclusión: La membrana de Endoret es una buena alternativa quirúrgica en los pacientes con agujero macular >400 micras en los que se prevea un cierre incompleto o una mala respuesta al pelado de la MLI.

V-46

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN UN CASO AVANZADO DE VITREORRETINOPATÍA EXUDATIVA FAMILIAR

Juan Donate López, Sara García Caride

En este video, se documenta una cirugía de retina realizada en una paciente de 25 años diagnosticada con vitreorretinopatía exudativa familiar en estadio 3.

La vitreorretinopatía exudativa familiar (FEVR, por sus siglas en inglés) es una enfermedad perteneciente al grupo de las distrofias vitreorretinianas de baja incidencia y herencia autosómica dominante. Se diferencian tres estadios clínicos, de menor a mayor gravedad de presentación.

El caso que nos ocupa presentaba un estadio avanzado en el ojo intervenido, y representado en el video. E igualmente en el ojo contralateral. Así se puede observar en la paciente la presencia de desprendimiento de retina traccional, neovascularización, proliferación fibrovascular y exudación sub e intrarretiniana. El abordaje quirúrgico que se muestra presenta, la cirugía de catarata primeramente, donde se evidencia la presencia de neovasos en el ángulo camerular debido al sangrado al inicio de la facoemulsificación. La parte de la cirugía retiniana, muestra la liberación de tracciones periféricas, pelado de membranas fuertemente adheridas al polo posterior y el drenaje de los cristales de exudación lipídica subretiniano. Finalmente se decidió el taponamiento con silicona.

La FEVR se trata de una entidad compleja donde las opciones de tratamiento varían en función de su estadio. Siendo mejor su pronóstico en estadios más iniciales. Por lo tanto, creemos que es importante el diagnóstico en los estadios precoces para mejorar el pronóstico visual, realizando el diagnóstico y tratamiento precoz, para evitar complicaciones como la exudación subfoveal crónica y la contracción y fibrosis en la interfase retinovátreo periférica.

V-47

SÍNDROME DE FIBROSIS ANTERIOR

Eva Fernández Gutiérrez, Mónica Asencio Durán, Claudia Klein Burgos, María Larrañaga Cores

Introducción: El síndrome de fibrosis anterior se caracteriza por la creación de membranas pre y retrolenticulares y en ocasiones retrocorneales. Este extenso tejido fibrótico puede crear sinequias posteriores con una difícil retirada. Describimos el caso de una paciente intervenida de cataratas hace más de 10 años en otro país con sucesivas intervenciones quirúrgicas posteriores que desarrolló una membrana de fibrina prelental con sinequias anteriores que impedían la correcta exploración del polo posterior. Se decidió la intervención quirúrgica para la limpieza de este material fibrótico.

Técnica quirúrgica: Colocación de trócares. Sinequiólisis posterior y escisión de fibrosis prelental. Creación de cistitomo invertido y entrada por esclerotomía para excisión de fibrosis en zona posterior de LIO. Se aprecia la aparición de remanentes capsulares tras lo cual se decide el explante de la LIO para la correcta retirada de este material. Ante la imposibilidad de cortar la LIO se realiza explante en bloque por incisión corneal de 5mm. Se completa la limpieza de toda la CA y se sutura la incisión corneal con Nylon 10/0. Posteriormente se retiran todos los fragmentos corticales del polo posterior con vitrectomo y pinzas. Por último, se suturan las esclerotomías con vicryl 7/0.

Conclusión: El síndrome de fibrosis anterior se caracteriza por el desarrollo de una fibrosis progresiva de la cámara anterior. Un posible mecanismo que favorece la formación de este material fibrótico puede ser los restos de material de una cirugía de catarata previa como es el caso de nuestra paciente.

V-48

CIRUGÍA DE PUPILOPLASTIA Y DESPRENDIMIENTO DE RETINA TRAUMÁTICO EN OJO DERECHO

José Andonegui Navarro, Santiago López Arbués, Susana Gómez Rivera, Beatriz Elso Echeverría

Introducción: Ojo derecho con antecedente de trabeculectomía superior sufre traumatismo con perforación escleral en la zona de la ampolla, iridodiálisis y desprendimiento de retina. En una primera cirugía se cierra el defecto escleral superior con parche de Tutopacth. Presentamos técnica de pupiloplastia y cirugía del desprendimiento de retina asociado.

Técnica quirúrgica: Mediante ganchos retractores apartamos la iridodiálisis del eje pupilar para poder visualizar fondo de ojo y realizar la vitrectomía. Se visualiza desprendimiento de retina que afecta a los 365°, mácula off sin proliferación vítreo retiniana. Realizamos vitrectomía central, perfluorocarbono sobre papila y búsqueda de lesiones periféricas sin encontrar desgarros.

Retiramos los ganchos retractores para comenzar la pupiloplastia. Realizamos peritomía en zona nasal para que las suturas queden enterradas posteriormente, hacemos paracentesis corneales contralaterales a la zona de la iridodiálisis. Utilizamos prolene 10-0 doble armada y aguja como fiador para dar dos suturas de iris a la zona del ángulo nasal. Queda cierta corectopia previa por iris incarcerated en la perforación escleral previa.

Proseguimos la cirugía del desprendimiento realizando pequeña retinotomía para drenar el fluido subretiniano, posterior endoláser bajo aire y taponamiento con aceite de silicona. Finalmente suturamos la peritomía.

Conclusión: Los ganchos retractores ofrecen una solución temporal para poder visualizar fondo e iniciar la cirugía del desprendimiento. En la pupiloplastia el usar una aguja de 23G como fiador de la sutura facilita la maniobra quirúrgica.

V-49

RESOLUCIÓN DE AFAQUIA Y ASTIGMATISMO MEDIANTE LENTE EDOF TÓRICA SUTURADA A ESCLERA CON GORETEX E INYECTADA A TRAVÉS DE MICROINCISIÓN DE 2,2 MM

Álvaro de Casas Fernández

Introducción: Una opción para la corrección de la afaquia con astigmatismo son las lentes suturadas a esclera, siendo la sutura más usada el Prolene. El Gore-Tex es resistente, fácil de manejar y no se degrada. Su uso para fijación escleral fue descrito por por Fass en 2010 por Khan en 2014. Describimos unas modificaciones que permiten realizarla de una forma menos invasiva.

Técnica quirúrgica: Preparamos la lente introduciendo la sutura de GoreTex a través de los ojales de la lente, pasando la mitad de la sutura de arriba hacia abajo en el ojal superior y de abajo hacia arriba en el inferior. Realizamos la misma operación en el otro lado e «identificamos» mediante nudos los cabos inferiores.

Marcamos en el ojo el eje de implantación de la lente tórica y creamos peritomías conjuntivales laterales; realizamos 5 esclerotomías con trócares de 25g, en una introducimos la vía de infusión y las otras 4 las realizamos a 3mm de limbo, centradas alrededor del eje de implantación y separadas entre ellas por 5 mm.

Realizamos un bolsillo escleral entre las esclerotomías laterales y extraemos la lente luxada mediante vitrectomía pars plana.

Introducimos en el ojo a través de una incisión de 2,2 mm, los extremos de la sutura de un lado de la lente y los extraemos a través de las esclerotomías de ese lado. Inyectamos la lente a través de la incisión de 2,2 mm y extraemos los cabos de la sutura de los ojales del otro lado a través de las esclerotomías.

Extraemos trócares y anudamos la sutura de GoreTex a cada lado con un nudo 3-1-1, ajustando la sutura simultáneamente en ambos lados para un perfecto centrado de la lente. Introducimos la sutura en el bolsillo escleral y rotamos el nudo hasta esconderlo en las esclerotomías. Se extrae vía de infusión, se sutura conjuntiva y se inyecta Cefuroxima.

Conclusiones: Las modificaciones mostradas en el vídeo mejoran los resultados visuales y permiten ampliar su uso a lentes que permitan la independencia del uso de gafas.

V-50

FACOEMULSIFICACIÓN COMPLICADA: DESPRENDIMIENTO COROIDEO HEMORRÁGICO, SORPRESA INTRAOPERATORIA Y SOLUCIÓN DE AFAQUIA

Lorenzo López Guajardo, Juan Donate López, José Ignacio Fernández-Vigo Escribano Rodrigo Abreu González

Introducción: Paciente anticoagulado remitido por cirugía de catarata complicada. A la exploración presentaba un desprendimiento coroideo hemorrágico, con dos mamelones temporal y nasal y un brillo en la zona de contacto entre ambos (kissing) que inicialmente no supimos interpretar. Se programa la cirugía permitiendo un plazo de 7 días para la licuefacción ecográfica del coágulo y revertir su tratamiento anticoagulante

Técnica quirúrgica: Se realiza una única esclerotomía mediante punción con aguja 30G en el sector temporal permitiendo un drenaje subtotal del desprendimiento coroideo hemorrágico temporal y nasal, pero suficiente para permitir visualización directa del polo posterior. En ese momento se objetiva la presencia de una lente intraocular sobre la retina que probablemente sería el origen de ese brillo inicial en la zona de contacto de los mamelones del DC coroideo. Se retira esta y se resuelve la afaquia en el mismo acto quirúrgico, planteando primero las distintas opciones de LIO y resolviendo finalmente mediante el implante de una lente intraocular de cámara anterior.

Conclusión: El desprendimiento coroideo hemorrágico requiere de un periodo mínimo de 7- 10 días para permitir la licuefacción del coágulo antes de su abordaje quirúrgico. El drenaje, aunque subtotal, debe permitir resolver el contacto entre las caras internas de los mamelones. Debe solicitarse toda la información al cirujano de polo anterior sobre el transcurso de la cirugía que se complicó, sobre todo referente a si se introdujo LIO en cavidad ocular. Se plantea la mejor opción, en nuestra opinión, para la solución de la afaquia en este tipo de casos.

V-51

MANEJO DE LA ANIRIDIA TRAUMÁTICA TOTAL CON IMPLANTE DE COMPLEJO IRIS ARTIFICIAL Y LENTE INTRAOCULAR FIJADO A ESCLERA

Mirlibeth Loreto Carrero, Carlos Plaza Laguardia, María Rodríguez Sánchez, Amancia Mateos Hernández

Introducción: La aniridia, se divide en casos congénitos y adquiridos. Los pacientes con aniridia adquirida notan diversas disfunciones visuales como fotofobia, imágenes fantasmas, disminución de la sensibilidad al contraste, trastornos de la visión de cerca y disfotopsia. El iris artificial y los complejos iris más lente intraocular (LIO) se han convertido en opciones de tratamiento en los últimos años en Europa, EE.UU. y Japón para casos de aniridia con afaquia. Se espera que las ventajas de utilizar un iris artificial incluyan no solo la mejora estética del paciente sino de sus disfunciones visuales.

Técnica Quirúrgica: presentamos un caso de implantación intraocular de complejo LIO de 3 piezas suturada a iris artificial y fijada a la esclerótica en un paciente de 70 años con afaquia y aniridia total secundaria a traumatismo. Se realizó disección subconjuntival de 180°, elaboración de túneles esclerales, medición de la distancia blanco-blanco, trepanación de 11 mm en el iris artificial, sutura de LIO al iris con sutura de prolene8-0 aguja curva, introducción de suturas de fijación de prolene10-0 a través de agujas calibre 25G en los túneles esclerales, ampliación de la incisión corneal, introducción del complejo LIO-iris intraocular, sutura de la incisión corneal con nylon 10-0 en 6 puntos sueltos, reposicionamiento del complejo utilizando vitrectomía pars plana 23G y lente de contacto, ajuste y anudado de suturas, cierre de las esclerotomías y peritomía con sutura vicryl8-0 y administración de antibióticos. Una semana después el complejo iris-LIO se encontraba centrado, con leve celularidad en cámara anterior y agudeza visual de 0,1, tratado con esteroides tópicos durante un mes.

Conclusión: Este informe de caso proporciona evidencia de la mejora del paciente en su sensibilidad a la luz y su calidad de vida. La prótesis de iris personalizada y la sutura de LIO como complejo es una opción quirúrgica para la discapacidad visual resultante de la aniridia adquirida.

V-52

SANGRADO SUBHIALOIDEO POR CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR

Martín Puchol Rizo, Alfredo Insausti García, Teresa García-Herrera Prada, Luis Alcalde Blanco

Introducción: Presentamos el vídeo de la cirugía de un paciente con cuerpo extraño intraocular y hemorragia subhialoidea. Se planifica una cirugía combinada con facoemulsificación y el implante de una lente intraocular (LIO) y vitrectomía.

Técnica quirúrgica: Debido a la hemorragia subhialoidea, se realizó una vitrectomía lo más completa posible. Se inyectó perfluorocarbono para crear un plano entre la retina y las hialoides, facilitando la diferenciación entre ambas. Luego, se identificó la retina con hemorragia preretiniana por debajo de la hemorragia subhialoidea. Se eliminaron las membranas y tracciones pre-retinianas. Posteriormente, se localizó y extrajo el cuerpo extraño. Para finalizar, se aplicó endoláser de argón y se inyectó silicona para estabilizar la retina.

Conclusión: El resultado postquirúrgico muestra la retina aplicada y el mantenimiento del globo ocular. Sin embargo, la agudeza visual del paciente se limita a cuenta dedos a 3 metros debido a una atrofia severa de los fotorreceptores maculares.