



38° REUNIÓN Sociedad Gallega de Oftalmología

Ferrol 27 y 28 enero de 2012



**Reconocida con 1 crédito por la Comisión de Formación Continua
de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Galicia**

Declarada de Interés Sanitario por la Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia



www.sogalicia.com

PRESIDENTE

Dr. PEDRO CORSINO FERNÁNDEZ VILA

VICEPRESIDENTE

Dr. RAMÓN LORENTE MOORE

SECRETARIA GENERAL

Dra. MARÍA VICTORIA DE ROJAS SILVA

VICESECRETARIO GENERAL

Dr. JOSÉ LORENZO CARRERO

TESORERA

Dra. AURORA SAYAGUÉS GÓMEZ

VOCAL A CORUÑA

Dr. ELÍAS ÁLVAREZ MARTÍNEZ

VOCAL FERROL

Dra. ELENA RODRÍGUEZ GARCÍA

VOCAL LUGO

Dr. RICARDO SANTAMARINA PERNAS

VOCAL OURENSE

Dr. CLAUDIO MORENO GARCÍA

VOCAL PONTEVEDRA

Dr. CARLOS FERNÁNDEZ- CID RAMOS

VOCAL SANTIAGO DE COMPOSTELA

Dra. MARÍA JOSÉ BLANCO TEIJEIRO

VOCAL VIGO

Dra. ANA CAMPO GESTO

EJERCICIO LIBRE

Dr. JOSÉ ANTONIO SAAVEDRA PAZOS

Dr. JOAQUÍN MARTICORENA SALINERO

Dr. MANUEL SÁNDEZ MACHO

Dr. JOSÉ DOMINGO PÉREZ GARCÍA

EX PRESIDENTES CONSEJEROS

Prof. MANUEL SÁNCHEZ SALORIO

Dr. MANUEL MALVAR SENRA

Dr. JESÚS SUÁREZ LÓPEZ

Prof. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ-ULLA DE IRAZAZÁBAL

Dr. JOSÉ F. ALFONSO SÁNCHEZ

Dr. AUGUSTO AZUARA

Dr. RAFAEL I. BARRAQUER COMPTE

Dra. PILAR BOLÍVAR MONTESA

Dra. M^a VICTORIA DE ROJAS SILVA

Dra. ISABEL LEMA GESTO

Dr. RAMÓN LORENTE MOORE

Dr. JOSÉ LORENZO CARRERO

Dr. JOAQUÍN MARTICORENA SALINERO

Dr. FRANCISCO JOSÉ MUÑOZ NEGRETE

Dr. JERONI NADAL REUS

Dra. GEMA REBOLLEDA

Dra. M^a TERESA RODRÍGUEZ ARES

Dr. MANUEL ROMERA

Dr. JOSÉ A. SAAVEDRA PAZOS

Dra. ROSARIO TOURIÑO PERALBA

OVIEDO

ABERDEEN (REINO UNIDO)

BARCELONA

VIGO

A CORUÑA

SANTIAGO DE COMPOSTELA

OURENSE

VIGO

SANTIAGO DE COMPOSTELA

MADRID

BARCELONA

MADRID

SANTIAGO DE COMPOSTELA

BARCELONA

A CORUÑA

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Viernes, 27 de enero de 2012

16:30h. **Acreditación. Entrega de documentación. Recepción de Ponencias/Comunicaciones.**

18:00-21:00 h. **Curso: Actualización en Neurooftalmología.**

Coordinadora: **Dra. Gema Rebolledo.**

Ponentes: **Dr. Francisco José Muñoz Negrete.**
Dr. Manuel Romera.

Sábado, 28 de enero de 2012

09:00h. **Acreditación. Entrega de documentación. Recepción de Ponencias/Comunicaciones.**

10:00-11:00 h. **Comunicaciones libres.**

10:00h. ESCLERITIS POSTERIOR EN EDAD PEDIÁTRICA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Autora: **Dra. Patricia Simón Alonso.**

10:05 h. LISIS CORNEAL TRAS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS TÓPICOS.

Autora: **Dra. Julia M^a Méndez Díaz.**

10:10h. HELICOBACTER PYLORI, UN NUEVO RETO.

Autora: **Dra. Begoña de Domingo Barón.**

10:15h. LOCALIZACIÓN DE LOS MÚSCULOS EXTRAOCULARES RECTOS: RESONANCIA MAGNÉTICA VERSUS TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA.

Autora: **Dra. María Inés Pérez Flores.**

10:20h. DESINSERCIÓN COMPLETA DEL COMPLEJO APONEUROSIS/MÚSCULO DE MÜLLER DEL PÁRPADO SUPERIOR VÍA ANTERIOR EN EL TRATAMIENTO DE LA RETRACCIÓN PALPEBRAL SEVERA EN LA ORBITOPATIA TIROIDEA.

Autor: **Dr. Javier Eduardo Coloma Bockos.**

10:25h. AUTOFLUORESCENCIA EN UVEÍTIS POSTERIOR. A PROPÓSITO DE CINCO CASOS CLÍNICOS.

Autora: **Dra. María Alejandra Gómez Arcia.**

10:30h. INYECCIONES INTRAVÍTREAS DE ANTI-VEGF: ¿ES NECESARIO EL BLEFAROSTATO?

Autor: **Dr. Pablo Carnota Méndez.**

10:35h. ASA DE FACOFRAGMENTACIÓN MECÁNICA PARA VITRECTOMÍA PARS PLANA.

Autor: **Dr. Joaquín Marticorena Salinero.**

10:40h. ESTUDIO DE LAS COMPLICACIONES DE LA FACOVITRECTOMÍA EN PACIENTES CON CATARATA Y RETINOPATÍA DIABÉTICA PROLIFERANTE (RDP)

Autora: **Dra. Marta Rodríguez Fernández.**

10:45h. CANALOPLASTIA: EL MÁS ALLÁ DE LA EPNP.

Autor: **Dr. M. Javier González Rodríguez.**

11:00-11.30 h. **Pausa café. Visita a Exposición comercial.**

11:30-13:00 h. **Curso: Tratamiento de la ectasia corneal.**

Coordinadora: **Dra. M^a Victoria de Rojas Silva.**

Ponentes: **Dr. José F. Alfonso Sánchez.**
Dr. Rafael I. Barraquer Compte.
Dra. Isabel Lema Gesto.
Dr. Ramón Lorente Moore.
Dra. M^a Teresa Rodríguez Ares.

13:00-14:00 h. **Conferencia: Glaucoma por cierre angular.**
Dr. Augusto Azuara.

14:00 h. **Almuerzo de trabajo.**

15:30-16:30 h. **Comunicaciones libres. Maniobras quirúrgicas.**

15:30h. TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA DE SEGMENTO ANTERIOR EN PATOLOGÍA CORNEAL Y CONJUNTIVAL.
Autora: **Dra. Antia Gestoso do Porto.**

15:35h. USO DE TOXINA BOTULÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA EPIFORA EN OBSTRUCCIONES LAGRIMALES ALTAS.
Autor: **Dr. Javier Eduardo Coloma Bockos.**

15:40h. DACRIOCISTORRINOSTOMÍA ENDONASAL.
Autor: **Dr. José María Carnero López.**

15:45h. AUTOINJERTO DE LIMBO Y CONJUNTIVA EN EL TRATAMIENTO DEL PTERIGION RECIDIVANTE.
Autora: **Dra. María Gil Martínez.**

15:50h. TRASPLANTE DE LIMBO ALOGÉNICO DE CADÁVER: INJERTO DE DONANTE INTERVENIDO DE LASIK Y USO DE ADHESIVOS.
Autora: **Dra. María López Ibáñez.**

15:55h. RESULTADOS CLÍNICOS TRAS EL IMPLANTE DE SEGMENTOS INTRACORNEALES MEDIANTE LÁSER DE FEMTOSEGUNDO EN PACIENTES CON QUERATOCONO.
Autora: **Dra. Laura Martínez Pérez.**

16:00h. BEVACIZUMAB SUBCONJUNTIVAL E INTRAESTROMAL EN NEOVASCULARIZACIÓN CORNEAL.
Autora: **Dra. Silvia Méndez Martínez.**

16:05h. IMPLANTE INTRAVÍTREO DE DEXAMETASONA (OZURDEX®) EN CASOS DE EDEMA MACULAR REFRACTARIO.
Autora: **Dra. María Isabel Fernández Rodríguez.**

16:10h. RANIBIZUMAB (LUCENTIS®) EN EL TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR DIABÉTICO: RESULTADOS A SEIS MESES.
Autor: **Dr. Maximino J. Abraldes.**

16:15h. FACTORES ASOCIADOS CON FOVEOSQUISIS EN ALTA MIOPIA.
Autor: **Dr. Antonio García Ben.**

16:30-18:00 h. **Curso: urgencias en oftalmología. Protocolos.**

Coordinadores: **Dr. José A. Saavedra Pazos / Dr. Joaquín Marticorena Salinero.**

Ponentes:	Dr. Rosario Touriño Peralba.	Causticación ocular.
	Dr. José A. Saavedra Pazos.	Traumatismo contuso. Hifema.
	Dr. José Lorenzo Carrero.	Veo moscas volantes.
	Dra. Pilar Bolívar Montesa.	Pérdida súbita de visión. Obstrucción de la arteria central de la retina.
	Dr. Augusto Azuara.	Glaucoma agudo.

18:00-18:30 h. **Pausa - café. Visita Exposición comercial.**

18:30-19:15 h. **Conferencia: Claves en el tratamiento quirúrgico de la vitreoretinopatía proliferativa.**
Dr. Jeroni Nadal Reus.

19:15-19:45 h. **Sesión administrativa de la SGO.**

19:45-20:00 h. **Entrega y presentación de la Beca de la SGO.**
Dr. Alejandro Álvarez López.

20:00 h. **Clausura.**

COMUNICACIONES PÓSTER

1. METÁSTASIS DE IRIS EN UN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA PULMONAR.
Autora: **Dra. Alejandra García Fondevila.**
2. HEMORRAGIA SUBMACULAR POSTRAUMÁTICA
Autor: **Dr. Carlos Ignacio Torres Borrego.**
3. MANEJO DE LA UVEÍTIS NO INFECCIOSAS. INMUNOMODULADORES CLÁSICOS, BIOLÓGICOS Y NUEVOS TRATAMIENTOS PARA SU ADMINISTRACIÓN LOCAL.
Autor: **Dr. Fernando López López.**
4. TACROLIMUS TÓPICO COMO TRATAMIENTO DEL RECHAZO CORNEAL AGUDO EN QUERATOPLASTIA DE ORIGEN HERPÉTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.
Autora: **Dra. Gloria López Valverde.**
5. NUEVOS INSTRUMENTOS EN CIRUGÍA DE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA.
Autora: **Dra. Laura Martínez Pérez.**
6. RETINOPATÍA PARANEOPLÁSICA.
Autora: **Dra. María González López.**
7. CASO CLÍNICO ABIERTO.
Autora: **Dra. María González López.**
8. QUERATITIS POR ALTERNARIA RESISTENTE A VORICONAZOL: RESOLUCIÓN BAJO TRATAMIENTO COMBINADO CON CASPOFUNGINA TÓPICA Y POSACONAZOL ORAL.
Autora: **Dra. Noa Fernández Ledo.**
9. NEOPLASIA ESCAMOSA DE LA SUPERFICIE OCULAR BILATERAL.
Autora: **Dra. Patricia Cerdeira Pena.**
10. OFTALMOLOGÍA SOLIDARIA
Autora: **Dra. Rosa Arroyo Castillo.**

ESCLERITIS POSTERIOR EN EDAD PEDIÁTRICA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Autora: Dra. Patricia Simón Alonso.

Centro: Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Co-Autores: Rodríguez Martínez, Guadalupe; Bocija Prego, M Carmen; Atanes Sandoval, Antonio.

OBJETIVOS: Resumir los hallazgos clínicos y el diagnóstico diferencial de la escleritis posterior (EP) en edad pediátrica, y comparar estas características con la EP en adultos.

MÉTODO: Revisión de 2 casos retrospectivamente (3 ojos): un varón de 6 años de edad y una mujer de 13 años. Se han estudiado signos y síntomas de presentación, diagnóstico diferencial, tratamiento, resultado visual final y evolución.

RESULTADO: El primer caso se presenta con cuadro de enrojecimiento de ojo derecho y fotofobia asociado a intensa cefalea hemicraneal derecha y vómitos. En la exploración: agudeza visual de 20/60, inyección conjuntivo-escleral, tortuosidad y dilatación vascular moderadas en polo posterior, borramiento de bordes papilares, engrosamiento escleral posterior en la Eco-B y desprendimiento seroso macular. El segundo caso debuta con dolor al movilizar el ojo izquierdo, disminución de la agudeza visual (20/60), signos de escleritis anterior, desprendimiento seroso macular, pliegues retinianos en polo posterior y engrosamiento uveoescleral en TAC orbitario. En ambos casos se estudian posibles causas de desprendimiento exudativo, se descarta patología sistémica asociada y se instaura con éxito tratamiento corticoideo al resultar insuficientes los AINEs.

CONCLUSIONES: La EP en niños presenta diferencias respecto al adulto: menor asociación a enfermedad sistémica, uveítis anterior concurrente (escleritis en nuestros casos), tumefacción papilar frecuente, mejores resultados visuales. Los ultrasonidos representan una técnica poco invasiva y demostrativa del engrosamiento escleral. Frecuentemente se requieren altas dosis de esteroides y en algunos casos agentes inmunosupresores. Es importante un alto nivel de sospecha diagnóstica para evitar los frecuentes retrasos diagnósticos y terapéuticos.

LISIS CORNEAL TRAS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS TÓPICOS.

Autora: Dra. Julia M^a Méndez Díaz.

Centro: CHOU.

Co-Autores: Moreno García, Claudio; Landaluce Chaves, María Luisa; Domínguez Fernández, Ramón; Lorente Moore, Ramón.

OBJETIVOS: Mostrar la relación directa entre antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) tópicos y lisis corneal.

MÉTODOS: Se presentan tres casos de lisis corneal tras tratamiento con AINEs tópicos: diclofenaco sódico (un caso) durante un año por picor ocular y ojo rojo, ketorolaco trometamol (dos casos) durante 12 y 15 días para prevención y tratamiento de edema macular cistoide tras cirugía de catarata y vitreoretina respectivamente. El primer caso había recibido tobramicina colirio simultáneamente y como factores de comorbilidad presentaba hipertensión arterial (HTA),

trombopenia moderada y cardiopatía isquémica. El segundo caso recibía como tratamiento asociado dexametasona, polimixina b y trimetoprim colirio, los factores de comorbilidad eran diabetes mellitus e HTA con afectación multiorgánica. El tercer caso tenía asociado brinzolamida más maleato de timolol presentando como enfermedad sistémica HTA y llevaba 8 años a tratamiento con latanoprost colirio. Todos los casos evolucionaron a perforación precisando intervención quirúrgica.

RESULTADOS: Dos casos se resolvieron con implante multicapa de membrana amniótica presentando en la actualidad como secuela pannus y fibrosis corneal y el otro tuvo que ser eviscerado por panoftalmía de rápida evolución.

CONCLUSIONES: El uso de AINEs tópicos debe ser vigilado, descartando previamente factores que incrementen la toxicidad ocular, patología de superficie ocular y factores de comorbilidad sistémicos. Es conveniente realizar revisiones frecuentes y periódicas y evitar tratamientos prolongados.

HELICOBACTER PYLORI, UN NUEVO RETO.

Autora: Dra. Isabel Gómez Torrijos.

Centro: Ferrol.

Co-Autores: Begoña de Domingo y M^a Dolores Álvarez.

OBJETIVOS: Intentar establecer relación entre la morfología de determinadas úlceras corneales y la existencia de coinfección por *Helicobacter pylori*.

MÉTODO: Estudio prospectivo con varios casos de queratitis con una morfología característica (multicéntrica en semiluna inferior paracentral) y con mala evolución con tratamientos habituales. Determinamos la presencia de *H. pylori* en heces y en aquellos casos en los que resultó positivo, establecimos tratamiento erradicador con dos antibióticos sistémicos y un inhibidor de la bomba de protones.

RESULTADOS: todos los pacientes en los que realizamos la determinación en heces, resultó positiva para *H. pylori*. Una vez establecido el tratamiento erradicador, obtuvimos un adecuado control de la patología corneal en todos ellos.

CONCLUSIÓN: La infección por *H. pylori* se ha relacionado con una gran variedad de enfermedades extradigestivas no tumorales, y entre ellas con enfermedades a nivel ocular. Los mecanismos patogénicos no están esclarecidos, pero se sabe que comparten condiciones patológicas similares. El común denominador de todas ellas reside a nivel de las alteraciones del ADN y del daño oxidativo celulares. Recomendamos la detección del *H. pylori* en heces y el tratamiento de erradicación en caso de positividad, en aquellos pacientes con patología de superficie ocular que no responden a los tratamientos habituales y que presenten la morfología descrita.

LOCALIZACIÓN DE LOS MÚSCULOS EXTRAOCULARES RECTOS: RESONANCIA MAGNÉTICA VERSUS TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA.

Autora: Dra. María Inés Pérez Flores.

Centro: Hospital POVISA.

Co-Autores: Pérez de Schofield, Juan García; Santos Armentia, Eloísa, Castellón Plaza, Daniel.

OBJETIVO: El trayecto de los músculos extraoculares (MEO) rectos es estabilizado por poleas que restringen los deslizamientos musculares durante el movimiento ocular. Dichas poleas son manguitos tisulares que están unidos mecánicamente a la órbita. Este estudio evalúa la posición de los MEO rectos mediante resonancia Magnética (RM) y Tomografía Computerizada (TC), en sujetos normales y con estrabismo.

MÉTODO: Estudiamos 24 órbitas de 10 sujetos normales y 2 pacientes con estrabismo incoitante. Se analizaron digitalmente imágenes coronales de RM (T2 Turbo Spin Eco) y TC. El estudio de imagen se realizó en posición primaria de la mirada. La posición de los músculos se definió por el centroide de su área en un sistema de coordenadas (x,y) respecto al centro de la órbita.

RESULTADOS: Los datos de las 20 órbitas de los sujetos normales establecieron la posición normal de los MEO rectos. No hubo diferencias entre RM y TC, salvo para el recto superior en el eje x ($p=.011$). En TC fue más difícil hallar el centroide del músculo debido al bajo contraste músculo-grasa, y se encontró mayor dispersión de los datos que en RM. En los pacientes con estrabismo encontramos anomalías significativas en la localización de algunos músculos.

CONCLUSIONES: RM y TC permiten estudiar la localización de los MEO, si bien la RM ofrece mayor resolución de imagen. En estrabismos incoitantes, el análisis de imagen puede ayudar en la elección de la técnica quirúrgica.

DESINSERCIÓN COMPLETA DEL COMPLEJO APONEUROSIS/MÚSCULO DE MÜLLER DEL PÁRPADO SUPERIOR VÍA ANTERIOR EN EL TRATAMIENTO DE LA RETRACCIÓN PALPEBRAL SEVERA EN LA ORBITOPATÍA TIROIDEA.

Autor: Dr. Javier Eduardo Coloma Bockos.
Centro: Hospital Policlínico La Rosaleda.

OBJETIVOS: Describir la técnica quirúrgica de desinserción del complejo aponeurosis/músculo de Müller vía anterior, como alternativa a otros tratamientos quirúrgicos como la Müllerectomía vía conjuntival, la blefarotomía completa o el tratamiento médico con toxina botulínica para el tratamiento de la retracción palpebral en la Orbitopatía Tiroidea.

MÉTODO: A través de un video se muestra el tratamiento quirúrgico de la retracción palpebral severa secundaria a Orbitopatía tiroidea, mostrando el estado preoperatorio y el resultado post operatorio de la paciente. Se muestra la persistencia de la función del músculo elevador a pesar de encontrarse totalmente separado de sus inserciones anatómicas. Se realiza una revisión teórica de otras técnicas utilizadas para el tratamiento de dicha patología y sus ventajas y desventajas con respecto a la técnica descrita.

RESULTADOS: Se muestra el resultado post operatorio de la desinserción completa del complejo elevador/músculo de Müller y su repercusión en la dinámica del párpado superior en una paciente con Orbitopatía Tiroidea.

CONCLUSIONES: La técnica quirúrgica descrita es una alternativa a otros tratamientos en la retracción palpebral secundaria a Orbitopatía Tiroidea con un adecuado resultado estético y funcional.

AUTOFLUORESCENCIA EN UVEÍTIS POSTERIOR. A PROPOSITO DE CINCO CASOS CLÍNICOS.

Autora: Dra. María Alejandra Gómez Arcia.
Centro: Centro Hospitalario Universitario de A Coruña.
Co-Autores: Rodríguez Martínez, Guadalupe; Cerdeira Pena, Patricia; Bocija Prego, Carmen.

OBJETIVOS: 1. Demostrar el valor de la Autofluorescencia en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de las uveítis posteriores. 2. Determinar el grado de extensión y de actividad de las lesiones. 3. Reconocer los patrones característicos de estas enfermedades de cara a realizar el diagnóstico diferencial.

MÉTODO: Ver la correlación clínica, fundoscópica y con autofluorescencia de pacientes con diferentes tipos de uveítis posteriores. Presentamos cuatro casos: una coroiditis bilateral con patrón placoides/serpinginoso, una Coroidopatía Punctata Interna (PIC), una Coroidopatía en Perdigonada, una Toxoplasmosis ocular y un Vogt-Koyanagi-Harada.

RESULTADO: Pudimos observar que la autofluorescencia nos ayuda a distinguir la actividad/inactividad de las lesiones oftalmoscópicamente dudosas (aguda o cicatricial) lo cual es importante de cara a la actitud terapéutica. Evidencia con frecuencia mayor número de lesiones que las observadas en el fondo del ojo, dato a tener en cuenta a la hora de establecer el pronóstico.

CONCLUSIONES: La autofluorescencia es un método no invasivo que nos ayuda a tomar decisiones con respecto al seguimiento, tratamiento y pronóstico de las uveítis posteriores.

INYECCIONES INTRAVÍTREAS DE ANTI-VEGF: ¿ES NECESARIO EL BLEFAROSTATO?

Autor: Dr. Pablo Carnota Méndez.
Centro: Centro de Ojos de La Coruña.
Co-Autores: Méndez Vázquez, Carlos; Torres Borrego, Carlos.

OBJETIVO: evaluar si existen diferencias en el grado de disconfort del paciente en las inyecciones intravítreas y en la aparición de complicaciones asociadas a las mismas según se utilice o no blefarostato para su administración.

MÉTODOS: 141 inyecciones intravítreas consecutivas en 52 ojos de 47 pacientes randomizadas aleatoriamente en dos grupos. En el grupo 1 (n=71) se utilizó un blefarostato para separar los párpados. En el grupo 2 (n=70) no se utilizó blefarostato. Se evaluó el grado de disconfort del paciente mediante una escala subjetiva de 1 a 10 (1=ningún tipo de molestia; 10= dolor máximo) y se registraron las complicaciones de la inyección (reflujo del fármaco, hemorragia subconjuntival, necesidad de paracentesis tras la inyección y endoftalmitis post-inyección). Se compararon ambos grupos para evaluar posibles diferencias en cuanto al confort y las complicaciones.

RESULTADOS: el grado de disconfort en el grupo 1 fue 3,59 y en el grupo 2 3,22. La hemorragia subconjuntival ocurrió en un 28% y un 14% de las inyecciones del grupo 1 y el grupo 2 respectivamente. Se observó reflujo del fármaco en un 31% y un 11% de las inyecciones del grupo 1 y del grupo 2 respectivamente. En ningún caso fue necesaria paracente-

sis. No se registraron casos de endoftalmitis post-inyección en ninguno de los dos grupos.

CONCLUSIONES: el uso de blefarostato en las inyecciones intravítreas no presenta ninguna ventaja ya que se asocia a un mayor índice de hemorragia subconjuntival y reflujo del fármaco y no mejora el confort del paciente.

ASA DE FACOFRAGMENTACIÓN MECÁNICA PARA VITRECTOMÍA PARS PLANA.

Autor: Dr. Joaquín Marticorena Salinero.
Centro: Instituto Oftalmológico Gómez-Ulla.

OBJETIVO: Describir las características del asa de facofragmentación como un nuevo instrumento para la vitrectomía pars plana en casos de luxación del cristalino a la cavidad vítrea.

MÉTODO: El prototipo de facofragmentador diseñado por el autor está compuesto por 2 asas curvas retráctiles unidas en su extremo distal, permitiendo su uso por incisiones de 20 G. Su funcionamiento fue evaluado en presencia de cataratas con núcleo brunesciente obtenidas a partir de cirugía extracapsular (experiencia Ex vivo). Asimismo, se evaluó la utilidad y seguridad del asa en la vitrectomía pars plana por luxación de cristalino a la cavidad vítrea (experiencia In vivo).

RESULTADOS: Ex vivo: El asa de facofragmentación demostró ser capaz de fracturar el núcleo de cristalino mediante la retracción mecánica de sus asas y estabilizar el núcleo en caso de eliminarlo mediante vitreotomo o facofragmentador ultrasónico. In vivo: Mediante cirugía bimanual, la combinación del asa de facofragmentación mecánica y el facofragmentador con ultrasonidos permitió estabilizar el núcleo en el centro de la cavidad vítrea, eliminarlo rápidamente y disminuir el riesgo de lesiones retinianas por ultrasonido, "chattering" y manipulación de los fragmentos de cristalino.

CONCLUSIONES: El asa de facofragmentación parece ser un instrumento útil y seguro en la vitrectomía por luxación de cristalino a la cavidad vítrea, sin embargo, se trata de un prototipo que requiere un mayor estudio previo a la recomendación de su uso.

ESTUDIO DE LAS COMPLICACIONES DE LA FACOVITRECTOMÍA EN PACIENTES CON CATARATA Y RETINOPATÍA DIABÉTICA PROLIFERANTE (RDP).

Autora: Dra. Marta Rodríguez Fernández.
Centro: Hospital Conxo. CHUS.

Co-Autores: Rodríguez Fernández, Marta; Martínez Pérez, Laura; Costa González, M^a Carmen; Rodríguez Cid, M^a José, Gómez-Ulla de Irazazábal, Francisco.

OBJETIVOS: Evaluar las complicaciones en primer año tras intervención quirúrgica combinada de facoemulsificación + LIO + vitrectomía en pacientes con RDP.

MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos de facovitrectomía por RDP, seguimiento mínimo de un año. Revisión de historias clínicas entre enero 2008 y junio 2010 en Unidad Retina Médica y Diabetes S. Oftalmología H. Conxo (CHUS) Análisis de resultados: paquete estadístico SPSS. 17

RESULTADOS: Muestra: 64 pacientes (62.5% hombres, edad media 71.20± 9.13 años). Panfotocoagulación retiniana previa 47(73.4%) casos. Realizada vitrectomía 23 G en 50 (78.1%) y 20 G en 14 (21.9%). Se practicó: endofotocoagulación: 25 pacientes (39.1%), crioterapia: 4 (6.3%), pelado MLI: 20 (31.3%), inyección intravítrea anti-VEGF: 17 (26.6%). Complicaciones: - intraoperatorias: 6 pacientes (9,37%), 3 agujeros retinianos iatrogénicos, 2 rotura capsula posterior y 1 hipema. -1º semana: 17 (26.6%): 1 hipertensión ocular, 1 sinequias posteriores, 1 restos cortex cristalino, 3 membrana ciclítica, 1 hipema, 5 fibrina LIO, 5 hemorragia vítrea -6 meses: 13 (20.3%): 2 atrofia sectorial iris, 2 liodonesis, 1 DR, 2 MER, 6 Hemorragia vítrea. - 1 año: 11 pacientes (17,18%), 2 glaucoma neovascular, 1 úlcera corneal neurotrófica, 1 exudado fibrinoide, 3 MER, 4 hemorragia vítrea. Opacidad subcapsular posterior: 17(26.6%) al año, precisando capsulotomía yag 11 pacientes.

CONCLUSIONES: La cirugía combinada (facemulsificación n+LIO+vitrectomía) parece una técnica segura que no aumenta significativamente el número de complicaciones del segmento anterior, permitiendo disminuir el número de intervenciones (cirugía en dos tiempos), la espera quirúrgica y la recuperación visual.

CANALOPLASTIA: EL MÁS ALLÁ DE LA EPNP

Autor: Dr. M Javier González Rodríguez.
Centro: Servicio de Oftalmología. Unidad de Glaucoma. Hospital Meixoeiro. CHUVI. Vigo
Co-Autores: Varela Agra, María; López, Lisette; Socías, Raquel.

OBJETIVOS: Mostrar la técnica de canaloplastia, con dispositivo Glaucolight, único comercializado hasta la fecha en España.

MÉTODO: Tras la realización del tallado del tapete profundo y de la creación de la ventana trabeculodescemética, se dilatan los 360° del canal de Schlemm con una sonda o catéter. A continuación se introduce una sutura de prolene de 9-!0/0, anudándola a modo de cerclaje del canal impidiendo su colapso. El tapete superficial se sutura herméticamente, ya que no pretendemos la formación de ningún tipo de ampolla subconjuntival, forzando al humor acuoso a drenar por el canal de Schlemm y las venas acuosas.

RESULTADOS: Por el número de cirugías realizadas y por el escaso seguimiento, aún no podemos ofrecer resultados concluyentes. Remitimos a los interesados a la literatura al respecto, donde encontrarán publicados resultados a tres años. Por el momento nuestra impresión es satisfactoria.

CONCLUSIONES: La canaloplastia es una técnica independiente del funcionamiento de una ampolla de filtración. No se busca su creación, ni se utilizan antimitóticos. Pretende la recuperación completa del sistema de drenaje acuoso.

TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA DE SEGMENTO ANTERIOR EN PATOLOGÍA CORNEAL Y CONJUNTIVAL.

Autora: Dra. Antia Gestoso do Porto.
Centro: Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC)
Co-Autores: de Rojas, Victoria; López, Isabel; Sanz, Alfredo; Cabana, Montse; Chinchilla, Luís.

OBJETIVO: Analizar la utilidad de la tomografía de coherencia óptica de dominio espectral de segmento anterior (OCT-AS) en el diagnóstico y cirugía de patología córneo-conjuntival.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo sobre los pacientes explorados mediante OCT-AS (Cirrus) entre junio y diciembre 2011 en CHUAC. Se obtuvo la siguiente información: diagnóstico, procedimiento quirúrgico, utilidad/calidad imagen OCT-AS, histología, fotografías biomicroscopía. Los casos se clasificaron en los siguientes grupos: 1. La OCT proporcionó una imagen adecuada y aportó información adicional a la obtenida mediante biomicroscopía útil para diagnóstico / cirugía 2. La OCT proporcionó una imagen adecuada pero no aportó información adicional útil para el diagnóstico / cirugía 3. La OCT no proporcionó una imagen adecuada.

RESULTADOS: La exploración con OCT se realizó en 56 ojos de 49 pacientes con los siguientes diagnósticos/procedimientos quirúrgicos que se han clasificado en (n=número ojos): Grupo 1: desprendimiento membrana descemet (4), queratitis infecciosa (5), anillos intracorneales (6), queratoplastia penetrante (4), queratoplastia lamelar profunda(4), leucomas corneales (6), degeneración lipídica (1), precipitados endoteliales(1) Grupo 2: degeneración pelúcida(2), degeneración Salzman (2), guttata (3), bullosa (4), carcinoma escamoso de córnea / conjuntiva (4), pterigium (3), desepitelización (1), limbitis (1) Grupo 3: degeneración conjuntival (2), tumores melánicos córnea y conjuntiva (3). Se presentan las imágenes de biomicroscopía, OCT e histología.

CONCLUSIONES: La exploración mediante OCT-SA presenta aplicaciones útiles en diagnóstico y cirugía de patología córneo-conjuntival que hacen recomendable su incorporación entre el equipamiento de una unidad de superficie ocular y córnea de un hospital de tercer nivel.

USO DE TOXINA BOTULÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA EPIFORA EN OBSTRUCCIONES LAGRIMALES ALTAS.

Autor: Dr. Javier Eduardo Coloma Bockos.
Centro: Hospital Policlínico La Rosaleda.

OBJETIVOS: Describir la experiencia de la inyección de Toxina Botulínica en el lóbulos palpebral de la glándula lagrimal para el tratamiento de la epifora en pacientes con obstrucciones lagrimales altas.

MÉTODO: Tres pacientes con obstrucción lagrimal alta fueron sometidos a exámenes clínicos que incluían, examen periocular, agudeza visual, biomicroscopía, motilidad ocular, posición palpebral, lavado de vías lagrimales y test de Schirmmer. Se inyectaron 7,5 unidades de toxina botulínica vía conjuntival en el lóbulos palpebral de la glándula y fueron reevaluados a los 15 días; cuando se evaluó la respuesta al tratamiento, las complicaciones surgidas y se les pidió rellenar un cuestionario subjetivo de mejoría donde 0 era ninguna mejoría, 1 mejoría leve, 2 franca mejoría y 3 mejoría total (asintomáticos).

RESULTADOS: A los 15 días después de la inyección de toxina botulínica en el lóbulos palpebral de la glándula lagrimal los tres pacientes referían mejora sintomática de la epifora, obteniéndose una puntuación de 2 en dos casos y de 3 en

un caso; el test de Schirmmer evidenció mejoría en los tres pacientes.

CONCLUSIONES: El uso de toxina botulínica puede ser una alternativa médica en el tratamiento de la epifora en pacientes con obstrucciones lagrimales altas y una opción al tratamiento quirúrgico con tubos de Jones.

DACRIOCISTORRINOSTOMÍA ENDONASAL.

Autor: Dr. José María Carnero López.
Centro: CHUAC.

Co-Autores: Pérez Varela, Vivian; Martínez Morán, Alejandro; Padín Searo, Anselmo.

OBJETIVO: Estudiar la eficacia de la dacriocistorrinostomía (DCR) endonasal. **MÉTODO:** Serie de casos retrospectiva. Se incluyen todos los pacientes intervenidos mediante DCR endonasal desde diciembre de 2009 hasta Junio de 2011, con un seguimiento mínimo de 6 meses. La intervención se lleva a cabo bajo anestesia local y sedación por el mismo equipo quirúrgico compuesto por un oftalmólogo y un otorrinolaringólogo en grupos de 6 pacientes por sesión. Tras la revisión de las historias clínicas se registraron los siguientes datos: edad, sexo, ojo operado, episodios de dacriocistitis previa, complicaciones quirúrgicas, complicaciones postquirúrgicas, permeabilidad vía lagrimal postquirúrgica, valoración endoscópica de la osteotomía. Medida principal: tasa de vías permeables a los 6 meses y al año de la cirugía.

RESULTADO: Se han intervenido 51 ojos de 45 pacientes, en 3 casos de forma bilateral. La tasa de vías permeables en los que llevan un mínimo de seis meses operados es del 86,27%, y al año del 77,78%. Con respecto a las complicaciones: un paciente tuvimos que detener la cirugía por epístaxis secundaria a HTA; y dos pacientes sufrieron enfisema subcutáneo a las pocas horas de la cirugía.

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia la DCR endonasal se ha mostrado como una técnica eficaz en pacientes con obstrucción de vía lagrimal aportando una serie de ventajas con respecto a la DCR clásica entre las que se encuentra la posibilidad de cirugía ambulatoria y bilateral.

AUTOINJERTO DE LIMBO Y CONJUNTIVA EN EL TRATAMIENTO DEL PTERIGION RECIDIVANTE.

Autora: Dra. María Gil Martínez.
Centro: CHUS.

Co-Autores: Gil Martínez, María; Touriño Peralba, Rosario; Rodríguez Fernández, Marta; Raposo Bande, Elena; Rodríguez Ares, Teresa.

OBJETIVO: Valorar los resultados de pacientes intervenidos con trasplante de limbo y conjuntiva autólogos en pterigión recidivante. **MÉTODO:** Se realizó un estudio retrospectivo de 12 pacientes que habían sido intervenidos en nuestra unidad de trasplante limbo y conjuntiva autólogo por presentar recidiva de pterigión. Además de los resultados estéticos (clasificados en excelente, bueno, malo y pésimo) se analizó, la edad y sexo de los pacientes, la presencia o no de inflamación, el número de recidivas antes de la cirugía, el tipo de inmunosupresión utilizada y el tiempo de seguimiento.

RESULTADOS: La edad media de los pacientes estudiados (7 hombres y 5 mujeres) fue de 59 años. En todos se practicó exéresis del pterigión y trasplante autólogo de limbo y conjuntiva adheridos con adhesivo de fibrina. El número de recidivas para todos ellos fue de dos o más cirugías, excepto en uno que presentó un pterigión gigante con diplopía. En los 12 casos se utilizó inmunosupresión local con corticoides de los cuales cuatro necesitaron mitomicina C preoperatoria por inflamación. El seguimiento medio fue de 18 meses. El 90% mostraron un resultado estético excelente - bueno.

CONCLUSIONES: El trasplante autólogo de limbo y conjuntiva ofrece un aspecto estético muy bueno en pacientes sometidos a varias cirugías de pterigión, además de ser una alternativa segura y eficaz para evitar nuevas recidivas.

TRASPLANTE DE LIMBO ALOGÉNICO DE CADÁVER: INJERTO DE DONANTE INTERVENIDO DE LASIK Y USO DE ADHESIVOS.

Autora: Dra. María López Ibáñez.

Centro: CHUAC

Co-Autores: de Rojas, Victoria; López, Isabel; Pombo, Josefina.

OBJETIVO: Mostrar la utilidad del uso de adhesivos en la cirugía del trasplante de limbo alogénico de cadáver y la posibilidad de empleo de córnea de donante con antecedente de cirugía LASIK.

MÉTODOS: El tejido del limbo se obtuvo de un botón esclero-corneal de un donante con antecedente de cirugía LASIK. Se trepanó un disco central de 10 mm de diámetro. El anillo corneo-escleral resultante se seccionó en dos segmentos de 180°. Cada uno de ellos se adhirió con adhesivo de cianoacrilato a una base de plástico lo cual facilitó la disección del tercio superior del anillo, sin la ayuda de un segundo cirujano. La paciente presentaba déficit total de células madre de limbo corneal unilateral como secuela de causticación y había rechazado el autotrasplante de limbo. Tras la disección lamelar del pannus fibrovascular que cubría la córnea se colocó un injerto de membrana amniótica y los segmentos de limbo que se adhirieron con adhesivo de fibrina, lo cual facilitó la colocación de los puntos de sutura en los segmentos. Tras colocar membrana amniótica como parche se llevó a cabo una tarsorrafia central.

RESULTADO: La superficie corneal epitelizó en 23 días bajo tratamiento con corticoides y antibióticos tópicos, suero autólogo e inmunosupresión sistémica con corticoides, micofenolato y tacrolimus.

CONCLUSIONES: La utilización de adhesivo de cianoacrilato facilita enormemente la disección del tejido del anillo corneo-escleral, sin la ayuda de otro cirujano. Las córneas procedentes de donantes con antecedentes de cirugía refractiva corneal previa podrían ser empleadas para trasplante de limbo.

RESULTADOS CLÍNICOS TRAS EL IMPLANTE DE SEGMENTOS INTRACORNEALES MEDIANTE LÁSER DE FEMTOSEGUNDO EN PACIENTES CON QUERATOCONO.

Autora: Dra. Laura Martínez Pérez.

Centro: Servicio de Oftalmología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Co-Autores: Martínez Pérez, Laura; Bande Rodríguez, Manuel; Touriño Peralba, Rosario; Rodríguez Ares, M. Teresa.

OBJETIVOS: Evaluar la seguridad y eficacia del implante de segmentos intracorneales Keraring (ICRS) (Mediphacos) utilizando láser de femtosegundo Intralase (Intralase Corp.) en pacientes con queratocono en un centro público.

MÉTODOS: Estudio prospectivo de serie de casos consecutivos incluyendo 10 ojos de 10 pacientes con queratocono. Se implantaron uno o dos segmentos Keraring de 6.0 mm de diámetro y longitudes de arco comprendidas entre 90° y 210°. Todos los pacientes presentaban intolerancia a las lentes de contacto y cornea transparente. Los túneles corneales fueron realizados mediante láser de femtosegundo. Se realizaron visitas oftalmológicas programadas al primer, tercer y sexto mes con examen oftalmológico completo incluyendo agudeza visual, refracción y estudio de parámetros queratométricos.

RESULTADOS: La media preoperatoria de la mejor agudeza visual corregida (MAVC) para el total de ojos (n=10) fue de 0,51 logaritmo de mínimo ángulo de resolución (logMAR). La media de MAVC al sexto mes fue de 0,33 logMAR. Existe una reducción significativa de la media de la queratometría máxima (Kmax) de 2,378D (p=0,021) a los 6 meses post-cirugía. El astigmatismo corneal de la cara anterior se redujo 4,845 D (p=0,008) y el posterior 1,034D (p=0,015). Existe un aumento significativo del espesor corneal en el punto más delgado de 9,667 micras (p=0,05). No se registraron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias.

CONCLUSIONES: El implante de Keraring ICRS utilizando el láser de femtosegundo para la creación de túneles es una técnica segura y eficaz en el tratamiento del queratocono.

BEVACIZUMAB SUBCONJUNTIVAL E INTRAESTROMAL EN NEOVASCULARIZACIÓN CORNEAL.

Autora: Dra. Silvia Méndez Martínez.

Centro: CHUS.

Co-Autores: Méndez Martínez, Silvia; Gil Martínez, María; Fernández Fidalgo, Sonia; Martínez Pérez, Laura; Touriño Peralba, María Rosario; Ares Rodríguez, María Teresa.

OBJETIVOS: Analizar la eficacia de inyección de bevacizumab subconjuntival e intraestromal como tratamiento para la neovascularización corneal (NVC).

MÉTODO: Estudio intervencionista, prospectivo, no aleatorio de una serie de 15 casos de la unidad de superficie ocular del servicio de Oftalmología del CHUS con NVC secundaria a queratopatía herpética, causticación, queratoplastia o pterigión tratados con Bevacizumab intraestromal o subconjuntival y perilimbar a una concentración de 2,5 mg/0,1 ml.

RESULTADOS: Se evalúan el área de disminución de la NVC, el efecto subjetivo en relación con la transparencia corneal y la agudeza visual (AV). • La media de regresión de la NVC fue de 37%, con un rango que osciló entre 6 y 86%. Esta mejoría se observó sobre todo en los vasos de menor calibre. • En seis casos se obtuvo una disminución de la opacificación corneal y de depósitos de lípidos. Cuatro de estos pacientes se trataban de patologías herpéticas. La impresión subjetiva fue de mejoría, salvo en 2 casos que se trataban de neovasos más crónicos. • No se han observado cambios en AV en el 87% de los pacientes. Un paciente empeoró de cuenta dedos a 1 metro a movimiento de manos y otro mejoró de cuenta dedos a 1,5 metros a 0,2 Snellen.

CONCLUSIONES: • La inyección local de Bevacizumab, parece eficaz, en el tratamiento de NVC, sobre todo los vasos de reciente formación. • La inyección de Bevacizumab es beneficiosa contra la opacificación corneal (depósito de sustancias lipídicas, edema corneal e inflamación). • No se observaron efectos adversos.

IMPLANTE INTRAVÍTREO DE DEXAMETASONA (OZURDEX®) EN CASOS DE EDEMA MACULAR REFRACTARIO.

Autora: Dra. María Isabel Fernández Rodríguez.

Centro: Instituto Oftalmológico Gómez-Ulla.

Co-Autores: Gómez-Ulla, Francisco; Marticorena, Javier; Abalde, Maximino.

OBJETIVO: Valorar la eficacia de OZURDEX® a corto plazo en el tratamiento del edema macular (EM) refractario de distintas etiologías. **METODO:** Se analizaron 6 ojos de 5 pacientes. Se valoró la agudeza visual (AV) y el espesor retiniano medido por Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) antes y después del tratamiento. Los cambios en el fondo de ojo se analizaron mediante biomicroscopía, retinografías en color y angiofluoresceingrafía (AGF).

RESULTADOS: 3 ojos presentaban EM diabético, 1 ojo EM secundario a Obstrucción de rama venosa (ORV) y 2 secundario a obstrucción de vena central de la retina (OVCR). Todos los ojos habían sido tratados ya previamente con inyecciones intravítreas de distintos antiangiogénicos, 3 estaban vitrectomizados y en 5 se había realizado laser térmico. En todos los casos después del tratamiento con OZURDEX® se produjo una resolución del EM con estabilización o mejoría de la AV. Se asoció Facoemulsificación en 2 ojos y en 3 ojos fue necesario tratamiento antiglaucomatoso tópico. En 1 ojo fue preciso reinyectar a los ocho meses del primer tratamiento.

CONCLUSIONES: OZURDEX® es eficaz en el tratamiento del EM y permite mejorar o mantener la AV en un seguimiento a corto plazo.

RANIBIZUMAB (LUCENTIS®) EN EL TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR DIABÉTICO: RESULTADOS A SEIS MESES.

Autor: Dr. Maximino J. Abalde.

Centro: Instituto Oftalmológico Gómez-Ulla.

Co-Autores: Marticorena, Joaquín; Fernández, Maribel; Méndez, Chelo; Punín, Eva; Charlón, Pablo; Gómez-Ulla, Francisco.

OBJETIVO: Analizar la eficacia, a los 6 meses, de ranibizumab en el tratamiento del edema macular diabético.

MÉTODO: Se evalúa la eficacia de ranibizumab intravítreo como monoterapia y/o terapia coadyuvante a la fotocoagulación con láser en el edema macular diabético mediante la exploración de la mejor agudeza visual corregida con los optotipos del ETDRS y se valoran los cambios del espesor macular mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) en 16 pacientes, en comparación con 10 casos control que solo fueron tratados con fotocoagulación.

RESULTADOS: Los pacientes tratados con ranibizumab solo o ranibizumab combinado con fotocoagulación alcanzaron una media de 5,8 letras más en el test de agudeza visual, en comparación con los pacientes tratados solo con láser. El espesor macular medio se redujo en 137,6 µm en los pacientes tratados con ranibizumab en monoterapia o en terapia combinada, frente a una reducción de 60,2 µm en el grupo tratado solo con láser.

CONCLUSIONES: Ranibizumab usado en monoterapia o en combinación con la fotocoagulación ofrece mejores resultados en el tratamiento del edema macular diabético que la fotocoagulación usada como monoterapia.

FACTORES ASOCIADOS CON FOVEOSQUISIS EN ALTA MIOPIA.

Autor: Dr. Antonio García Ben.

Centro: Santiago de Compostela.

Co-Autores: Mera Yáñez, M^a Purificación; Piñeiro Ces, Antonio; Capeáns Tomé, M^a del Carmen; Blanco Teijeiro, M^a José.

PROPÓSITO: Analizar factores asociados a foveosquisis en ojos con miopía magna.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de 160 ojos pertenecientes a 80 pacientes con miopía magna remitidos a la Unidad de Retina Quirúrgica del CHUS entre enero del 2008 y septiembre del 2011. A todos los pacientes se les realizó examen ocular completo, retinografía y OCT (Stratus y/o Cirrus) al inicio del estudio. En aquellos pacientes a los que se les diagnosticó foveosquisis, estas exploraciones se repitieron a los 6, 12 y 24 meses.

RESULTADOS: De los 160 ojos estudiados, 25(15,62%) presentaron foveosquisis en estudio de OCT. El 100 % de los pacientes con foveosquisis presentaba estafiloma posterior. En el análisis univariante, apreciamos nueve variables asociada con dicha patología, la edad ($p=0,011$), el poder dióptrico ($p<0,001$), la longitud axial ($p=0,004$), la presencia de membrana epirretiniana ($p=0,043$), el desprendimiento de la membrana limitante interna ($p<0,001$), la tracción vascular ($p<0,001$), el desprendimiento de vítreo posterior ($p=0,01$) y la agudeza visual al inicio y a los seis meses de seguimiento ($p<0,001$ en ambos casos).

CONCLUSIONES: La foveosquisis miópica es una complicación relativamente infrecuente de la miopía magna. Nuestros resultados muestran una asociación estadísticamente significativa tanto a factores intraoculares como a factores externos (pared ocular externa), lo que nos hace sospechar una fisiopatología multifactorial.

METÁSTASIS DE IRIS EN UN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA PULMONAR.

Autora: Dra. Alejandra García Fondevila.
Centro: HULA.

OBJETIVO: Presentación de un caso clínico de metástasis de iris en el contexto de un adenocarcinoma pulmonar.

MÉTODO: Paciente de 51 años exfumador de 1 paquete/día que acude urgente por disminución de visión y dolor en OI de 1 semana de evolución. A la exploración presentaba: AV 0.3-0.4; PIO 22; inyección mixta importante, hipopion y Tyndall +++ e ingurgitación de vasos iridianos; FO normal. Se diagnostica de uveítis anterior con hipopion y se indican controles en Consulta de Uveítis de nuestro servicio. A los 20 días se decide estudio completo urgente por malestar general. En este contexto se diagnostica de enfermedad metastásica con afectación cerebral, torácica, subcutánea y adenopática procediéndose al ingreso hospitalario por Medicina Interna. Se identifica como tumor primitivo un adenocarcinoma pulmonar estadio IV y se instaura radioterapia paliativa en el COG. Fallece en 2 meses.

RESULTADOS: Debido al mal pronóstico vital se realiza tratamiento conservador de la patología ocular existiendo periodos de mejoría clínica.

CONCLUSIÓN: Las metástasis de iris son raras. Representan entre el 5-10% de las metástasis de la úvea. El tumor primario más frecuente es el cáncer de pulmón en el hombre y el cáncer de mama en la mujer. La asociación de masas iridianas con hipopion estéril o hipertensión ocular debe hacer sospechar en metástasis de iris. Su presencia se relaciona con cáncer en estadio terminal o cáncer invasivo siendo indicador de baja supervivencia. Por tanto, el tratamiento debe ser individualizado. Iconografía: fotos de polo anterior e imágenes radiológicas.

HEMORRAGIA SUBMACULAR POSTRAUMÁTICA

Autor: Dr. Carlos Ignacio Torres Borrego.

Centro: Centro de Ojos La Coruña

Co-Autores: Carnota Méndez, Pablo; Saavedra Pazos, José A; Méndez Vázquez, Carlos.

OBJETIVO: Describir la mejoría anatómica y funcional del hematoma subretiniano postraumático tras la inyección intravitrea de SF6 y VVP 23G.

MÉTODO: Paciente de 23 años con antecedente de traumatismo ocular contuso y disminución de la agudeza visual (AV OD: 0.4) secundario a hematoma subretiniano, con compromiso macular. Se inyecta 0,3 ml de hexafluoruro de azufre (SF6) y posicionamiento en decúbito prono, obteniéndose una AV de 0.7 a los 6 días de la misma. En el control de los 15 se produce un aumento del hemovitreo secundario a un DPV objetivado por ecografía por lo que se decide practicar una VPP 23G., obteniendo una AV final de 1.2 a los 3 meses de seguimiento post vitrectomía y sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: El pronóstico visual va a depender fundamentalmente de la localización de la rotura coroidea, el número de las mismas como la agudeza visual inicial. La inyección de SF6 intravitreo junto al posicionamiento en decúbito prono facilita el desplazamiento del hematoma subretinia-

no, evitando que los productos sanguíneos residuales dejen secuelas a nivel foveal, comprometiendo la agudeza visual final. La VPP23G permite la resolución del hemovitreo de forma rápida y segura.

MANEJO DE LA UVEÍTIS NO INFECCIOSAS. INMUNOMODULADORES CLÁSICOS, BIOLÓGICOS Y NUEVOS TRATAMIENTOS PARA SU ADMINISTRACIÓN LOCAL.

Autor: Dr. Fernando López López.

Centro: Hospital Clínico Universitario e Instituto Tecnológico de Oftalmología.

OBJETIVO: Revisar el papel actual de los fármacos inmunomoduladores clásicos y de los llamados biológicos, así como evaluar las opciones de administración local en el tratamiento de uveítis no infecciosas.

MÉTODO: Revisión bibliográfica de los artículos más relevantes publicados.

RESULTADOS: Los antimetabolitos consiguen reducir la dosis de prednisona/día a menos de 10 mg en el 47, el 59 y en el 55% de los casos al año de iniciar el tratamiento con azatioprina, metotrexate y micofenolato respectivamente. De ellos el micofenolato es el más rápido en obtener su efecto y la azatioprina la peor tolerada. La ciclosporina consigue cifras del 36% al año, similares a las del tacrolimus. Ambos son muy bien tolerados, especialmente del tacrolimus. Los agentes alquilantes se reservan para casos refractarios dado su alto índice de toxicidad. Los fármacos biológicos consiguen un excelente control de la inflamación con un buen perfil de seguridad. Destacando al infliximab y al adalimumab, que se sitúan en el segundo nivel de la escala terapéutica en determinados casos de uveítis. Los fármacos antiangiogénicos y los nuevos implantes de liberación sostenida de corticoides, con duraciones de meses o incluso años, son buenas opciones en determinados casos refractarios. Nuevas moléculas están siendo evaluadas en diferentes ensayos clínicos con prometedores resultados de eficacia y seguridad.

CONCLUSIÓN: La aparición de nuevos fármacos y el desarrollo de nuevos preparados para su administración intraocular han supuesto una revolución en el tratamiento de las uveítis permitiendo un mejor control de la inflamación con una menor tasa de efectos secundarios.

TACROLIMUS TÓPICO COMO TRATAMIENTO DEL RECHAZO CORNEAL AGUDO EN QUERATOPLASTIA DE ORIGEN HERPÉTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autora: Dra. Gloria López Valverde.

Centro: Hospital Clínico Universitario Salamanca.

Co-Autores: Kyriakou, Danai; Rodríguez Vicente, Gumersindo; Álvarez-Morujó Suárez, Guadalupe; Hernández Galilea, Emiliano.

OBJETIVOS: Demostrar la eficacia del Tacrolimus en unguento como tratamiento del rechazo corneal agudo.

MÉTODO: Se expone el caso de una paciente de 30 años de edad derivada a nuestra sección (centro de referencia) para ser trasplantada de cornea OI por queratopatía herpética.

Previo al trasplante, estuvo en tratamiento con Bevacizumab tópico con resultados favorables sobre su neovascularización corneal. La queratoplastia se realizó hace 15 meses sin complicaciones, pero al año post-trasplante acude a revisión con clínica de rechazo corneal aún con tratamiento corticoideo, Ciclosporina A tópica y antivirales sistémicos. Por su acción inmunomoduladora, se decidió emplear Tacrolimus 0,005% en ungüento dos veces al día.

RESULTADOS: A los tres meses de instaurado el tratamiento, se observó una respuesta favorable, con mejoría clínica. Así mismo se observa una menor alteración del epitelio corneal del lugar del rechazo, menor congestión de los neovasos corneales y un menor número de los precipitados endoteliales. Además la paciente refiere una disminución subjetiva de las molestias oculares.

CONCLUSIÓN: El empleo de fármacos inmunosupresores tópicos como el Tacrolimus puede resultar de utilidad en el manejo de patologías de la superficie ocular de tipo inmuno-inflamatorio, no respondedoras o intolerantes a otros fármacos como la Ciclosporina A ya que, debido a su gran penetrancia a nivel corneal y conjuntival, produce mayor inmunosupresión. Posee capacidad de acción sobre células de tipo T y B y mastocitos, y al aplicarse localmente no se ha presentado ninguno de los efectos adversos derivados de su uso sistémico.

NUEVOS INSTRUMENTOS EN CIRUGÍA DE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA.

Autora: Dra. Laura Martínez Pérez.

Centro: Servicio de Oftalmología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Co-Autores: Martínez Pérez, Laura; Rodríguez Fernández, Marta; Costa González, María C.; Rodríguez Cid, María José; Gómez-Ulla de Irazazábal, Francisco.

La cirugía vitreoretiniana requiere una perfecta visualización de las estructuras del fondo de ojo y precisa de la cooperación de un ayudante entrenado para el manejo de lentes, inyección de colorantes o indentar la esclera. La cirugía bimanual permite al cirujano un mayor control quirúrgico precisándose un sistema de iluminación que puede ser de varios tipos: cánulas de infusión iluminadas, instrumental iluminado o bien la apertura de una cuarta incisión escleral e introducción de una iluminación tipo "chandelier". Otro avance en la cirugía de la retina es el empleo de trócares valvulados que disponen de una cánula de silicona integrada que permite mantener la PIO constante y elimina la necesidad de tapones durante el procedimiento quirúrgico. Presentan además un adaptador para casos en que es necesaria la normalización de la presión (líquidos perfluorocarbonados, aceite de silicona). Presentamos 2 videos de cirugía vitreoretiniana, el primero muestra una vitrectomía 23 G en un paciente que presenta una retinopatía diabética proliferante en la que se ha empleado un sistema de iluminación dual 23 G tipo "Chandelier" para proceder a una cirugía bimanual. El segundo vídeo es una cirugía de pelado de membrana epiretiniana en un paciente diabético en la que se han empleado trócares valvulados para su realización. Los avances en

la cirugía vitreoretiniana permiten una cirugía más precisa y menos agresiva facilitando la técnica quirúrgica y disminuyendo el tiempo y complicaciones postoperatorias.

RETINOPATÍA PARANEOPLÁSICA.

Autora: Dra. María González López.

Centro: Hospital Lucus Augusti.

Co-Autores: Santamarina Pernas, Ricardo; González López, María.

OBJETIVOS: Descripción de un caso clínico de Retinopatía Paraneoplásica asociada a adenocarcinoma de endometrio que aparece después de un año del tumor primario.

MÉTODO: Se presenta el caso de una paciente de 59 años con disminución de agudeza visual bilateral, progresiva e indolora de meses de evolución. Como antecedentes personales, adenocarcinoma de endometrio intervenido mediante histerectomía total con doble anexectomía el año anterior + RT y seis ciclos de QT en proceso. Se realiza valoración de MOE, MOI, exploración de polo anterior, fondo de ojo, OCT, angiografía, CV 24-2, Hemograma, Bioquímica, Coagulación, estudio de autoanticuerpos AntiRecoverina y AntiAlfaEnolasa, RM orbitaria, TAC craneal, ERG, EOG y PEV.

RESULTADOS: La exploración oftalmológica reveló DPAR en OI, polo anterior normal, alteración de EPR macular bilateral en FO, atenuación arteriolar con retraso de llenado en OI en la AFG, retracción concéntrica bilateral en CV, trombocitosis en Hemograma. Alteración de PEV en OI y ERG en ambos ojos (respuesta de conos, bastones y mixta alteradas). RM orbitaria y TAC craneal normales. Anticuerpos AntiRecoverina y AntiAlfaEnolasa: negativos. Se inicia corticoterapia sistémica ante la sospecha de Retinopatía Paraneoplásica objetivando mejoría y estabilidad en la AV.

CONCLUSIÓN: Recordar la importancia de la crítica ante la petición/resultados de pruebas complementarias en favor del diagnóstico clínico del oftalmólogo.

CASO CLÍNICO ABIERTO.

Autora: Dra. María González López.

Centro: Hospital Lucus Augusti.

Co-Autores: Santamarina Pernas, Ricardo; González López, María.

OBJETIVOS: Diagnóstico diferencial Enfermedad de Lyme - Síndrome Vogt Koyanagi Harada.

MÉTODO: Se presenta el caso clínico de un paciente varón de 30 años, sin patología sistémica previa. Como antecedentes oftalmológicos: queratocono bilateral. El paciente consulta por disminución de agudeza visual bilateral de días de evolución, acúfenos, náuseas, vómitos y cefalea de igual tiempo de evolución. Se realiza exploración de MOE, MOI, polo anterior, fondo de ojo, OCT, Angiografía, Hemograma, Bioquímica, Coagulación, TAC craneal, Serologías para CMV, VHS, Lúes, Quantiferon y punción lumbar. A la semana de haber iniciado el tratamiento con corticoterapia sistémica bajo la sospecha de un Sd. VKH y con serologías pendiente de resultado; recuerda una picadura por garrapata la semana previa. Se añade serología para Borrelia y Brucella en sangre y LCR.

RESULTADOS: Se objetivó uveítis anterior bilateral, así como exudados paramaculares y desprendimiento seroso de neuroepitelio en ambos ojos en el examen de FO que se confirmó mediante OCT. No vitritis. MOI, MOE, AGF, Hemograma, Bioquímica, Coagulación y TAC craneal normales. Serologías en sangre negativas. En la punción lumbar: pleocitosis linfocitaria e IgG positiva para *Borrelia*.

CONCLUSIÓN: ¿Cómo debemos interpretar el resultado de la punción lumbar? ¿Debemos iniciar antibioterapia sistémica? ¿Debemos suspender los corticoides o asociarlos a la antibioterapia sistémica?

QUERATITIS POR ALTERNARIA RESISTENTE A VORICONAZOL: RESOLUCIÓN BAJO TRATAMIENTO COMBINADO CON CASPOFUNGINA TÓPICA Y POSACONAZOL ORAL.

Autora: Dra. Noa Fernández Ledo.

Centro: Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Co-Autores: De Rojas Siva, Victoria; Sanz del Forcallo, Alfredo; Molina Poch, Francisca; Rodríguez Mayo, María.

OBJETIVO: Presentar un caso de queratitis por *Alternaria* resistente a voriconazol que se resolvió bajo tratamiento combinado con caspofungina tópica y posaconazol oral. Se trata del primer caso de queratitis por *Alternaria* en el que se emplea posaconazol oral y el tercero descrito en la literatura en el que se usa caspofungina tópica.

MÉTODO: Un paciente varón de 78 años acude por una úlcera corneal trófica en cuyos bordes se aprecia infiltrado de tipo cristalino. El cultivo resulta positivo para *Alternaria* por lo que se inicia tratamiento con voriconazol tópico y oral. A los 10 días de tratamiento debido a la mala respuesta al voriconazol, y de acuerdo con los resultados del antimicrograma, se cambia a tratamiento con caspofungina tópica y posaconazol oral. El tratamiento antibiótico se complementa con injerto de membrana amniótica debido a adelgazamiento corneal con retraso en la epitelización.

RESULTADOS: Bajo tratamiento con posaconazol oral y caspofungina tópica, se observa una clara mejoría a los 2 días y un cierre total del defecto epitelial a los 10 días. Dos meses después de la resolución, el paciente presenta un empeoramiento con una placa endotelial y adelgazamiento corneal central. Se inicia de nuevo pauta con posaconazol oral y caspofungina tópica que se mantiene durante 12 semanas. En la actualidad presenta un leucoma corneal que precisa una queratoplastia lamelar anterior profunda.

CONCLUSIÓN: La combinación de caspofungina tópica y posaconazol oral ha resultado una terapia eficaz en este caso y podría considerarse como alternativa en queratitis por *Alternaria* resistentes a voriconazol.

NEOPLASIA ESCAMOSA DE LA SUPERFICIE OCULAR BILATERAL.

Autora: Dra. Patricia Cerdeira Pena.

Centro: Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC).

Co-Autores: de Rojas Silva, Victoria; Pérez Varela, Vivian; Pombo García, Josefina; Chinchilla Tábor, Luis; Almagro Sánchez, Manuel.

OBJETIVO: Se describe un caso de neoplasia escamosa de superficie ocular (OSSN) bilateral, presentación extremadamente rara.

MÉTODO: Mujer de 85 años que presenta lesiones gelatinosas en conjuntiva adyacente a limbo inferior en ambos ojos con afectación de 4h en OD y 6h en OI. La biopsia incisional confirma el diagnóstico de carcinoma escamoso "in situ" bilateral. Se deriva a oncología y dermatología. Tras tratamiento con 2 y 3 ciclos de mitomicina C 0.04% en OD y OI, respectivamente, no se observa lesión en OD a excepción de pterigium, persistiendo zona de lesión residual de aspecto no tumoral en OI. En la biopsia de ésta se detecta tumor residual con sospecha de márgenes positivos, por lo que se decide ampliar la excisión con aplicación de alcohol absoluto en margen corneal adyacente, doble ciclo de crioterapia en la conjuntiva e injerto de membrana amniótica -biopsia final negativa-. La biopsia del pterigium de OD muestra células atípicas sin afectación de la membrana basal. Se solicita estudio de marcador tumoral p53 y PCR de papilomavirus humano 16 y 18.

RESULTADOS: La paciente se encuentra libre de tumor residual en ambos ojos tras la combinación de mitomicina C y cirugía. El HPV 16 y 18 fueron negativos y el p53 resultó positivo en ambos ojos. En exploración dermatológica se detectaron varios carcinomas y queratosis actínica.

CONCLUSIÓN: Aunque rara, la OSSN debe considerarse en el diagnóstico diferencial de lesiones bilaterales de la conjuntiva. Es aconsejable un abordaje interdisciplinar por el riesgo de otras neoplasias asociadas.

OFTALMOLOGÍA SOLIDARIA.

Autora: Dra. Rosa Arroyo Castillo.

Centro: Hospital Naval de Ferrol.

Presentación de la Sociedad Española de Lucha Contra la Ceguera en los Países en Desarrollo. Una iniciativa conjunta de oftalmólogos de distintas ONGDs, que ofrece un espacio solidario de información de proyectos y oportunidades de colaboración.

COLABORAN



BAUSCH + LOMB



SEDE

FIMO. Feria Internacional de Muestras del Noroeste
Punta Arnela, s/n
15405 Ferrol
T. 660 396 804 (Secretaría Técnica)
info@sogalicia.com

SECRETARÍA - INFORMACIÓN



www.sogalicia.com
R/ Xosé Chao Rego, 8 baixo (CN2)
15705 Santiago de Compostela
T. 981 555 920 | Fax. 981 564 978
info@sogalicia.com