

XLIV Congreso de la Sociedad Canaria de **OFTALMOLOGÍA**



XIII Congreso de la Asociación de
**ENFERMERÍA
OFTALMOLÓGICA** de Canarias
LA ENFERMERA INVESTIGADORA EN EL EJE VISUAL DE LOS CUIDADOS



ASOCIACIÓN
DE ENFERMERÍA
OFTALMOLÓGICA
CANARIA

17-18 JUNIO | **HOTEL CORDIAL MOGÁN PLAYA**
2016 | **GRAN CANARIA**

XLIV CONGRESO DE LA SOCIEDAD CANARIA DE OFTALMOLOGÍA

JUNTA DIRECTIVA

Presidente:

Dr. Francisco Cabrera López

Vicepresidente:

Dra. Cristina Mantolán Sarmiento

Secretario:

Dr. Francisco Medina Rivero

Tesorero:

Dra. Elena de las Heras Acevedo

Vocales:

Gran Canaria:

Dr. Miguel Ángel Reyes Rodríguez

Tenerife:

Dr. Huneidi Abdul Razzak Sultan

Langarote:

Dr. Félix Bonilla Aguiar

Fuerteventura:

Dr. Raji Mohrez Muudi

La Palma:

Dra. Yasmin Bahaya Álvarez

La Gomera:

Dra. Mónica García Somalo

El Hierro:

Dr. José Luis Delgado Miranda

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente:

Dr. Miguel Ángel Reyes Rodríguez

Vicepresidente:

Dr. David Viera Peláez

Vocales:

Dra. Dolores Marrero Saavedra

Dr. Pedro Cardona Guerra

Dr. Julio Pérez Álvarez

Dr. Vicente Rodríguez Hernández

Dr. David Pérez Silguero

Dr. Alfonso Manrique de Lara

Comité Científico:

Dr. Luis Tandon Cárdenes

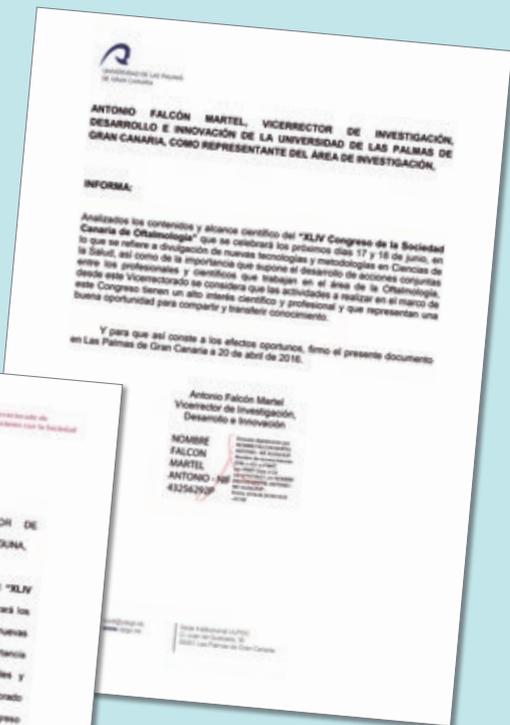
Dr. Joaquín Rutllan Cuiut

**CONSIDERADO
DE ALTO INTERÉS
CIENTÍFICO
Y PROFESIONAL**



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS
DE GRAN CANARIA

ULL | Universidad
de La Laguna



**RECONOCIDO
DE INTERÉS SANITARIO POR
LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DEL
GOBIERNO DE CANARIAS**



XLIV Congreso de la Sociedad Canaria de OFTALMOLOGÍA

PROGRAMA

VIERNES 17 DE JUNIO

- 10:00-10:30 | Recepción y recogida de documentación. Café de Bienvenida
- 10:30-12:45 | **COMUNICACIONES LIBRES**
MODERAN: *Dr. Manuel Sánchez-Gijón González - Moro*
Dr. Luis Tandón Cárdenes
- 10:30-10:37 | **"DON JUAN" Y LA OCULOPLÁSTICA. AFECTACIÓN CUTÁNEA MÚLTIPLE COMO PARTE DE UN POSIBLE SÍNDROME POEMS**
Díaz Rodríguez R, Garrote Ramos V, Rubio G, Delgado Miranda JL
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife
- 10:37-10:44 | **ABSCESO ORBITARIO Y CEREBRAL COMO COMPLICACIÓN DE UNA INFECCIÓN DENTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.**
García García U, Sánchez Vega C, Medina Rivero F, Garcia Abellán V
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria
- 10:44-10:51 | **CUERPO EXTRAÑO ENCLAVADO EN IRIS DESPUÉS DE CIRUGÍA DE CATARATA**
Santos Bueso E, Muñoz Hernández AM, Vinuesa Silua MJ, García Sánchez J
Hospital Clínico San Carlos, Madrid
- 10:51-10:58 | **MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA IRIDIANA. DOS CASOS**
Santos Bueso E, Muñoz Hernández AM, Vinuesa Silua MJ, García Sánchez J
Hospital Clínico San Carlos, Madrid
- 10:58-11:05 | **EL SÍNDROME ÚVEO-MENÍNGEO COMO MANIFESTACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE WHIPPLE**
Díaz Rodríguez R, Rodríguez Gil R, Abreu Reyes P
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife
- 11:05-11:12 | **NEURITIS ÓPTICA EN HERPES ZOSTER OFTÁLMICO**
Hernández Obregón D, Tandón Cárdenes L, Cabrera Naranjo F, Palazón Ortiz L
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria
- 11:12-11:19 | **DEGENERACIÓN NODULAR DE SALZMANN: A PROPÓSITO DE UN CASO**
Hernández Obregón D, Miranda Fernández S, Tandón Cárdenes L, Medina Rivero F
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

- 11:19-11:26 **SÍNDROME DE MASCARADA POR ENDOFTALMITIS FÚNGICA ENDÓGENA**
Rodríguez Melián LJ, Rodríguez Falcón M
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria
- 11:26-11:33 **MICROSCOPIA CORNEAL CONFOCAL Y NEUROPATÍA DIABÉTICA: ANÁLISIS CRÍTICO DE UN METANÁLISIS**
Pinto Herrera C, Díaz Alemán T, Blasco Alberto A, Ángel Pereira D
Hospital Universitario de Canarias, La Laguna
- 11:33-11:40 **¿SERVE LA RADIOLOGÍA SIMPLE PARA DESCARTAR UN CUERPO EXTRAÑO ORBITARIO?**
Díaz Arriaga Jf, Jerez Olivera E, Pérez Álvarez J
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria
- 11:40-11:47 **SÍNDROME DE CHARLES BONNET. SERIE DE 45 CASOS**
Santos Bueso E, Muñoz Hernández AM, Vinuesa Silua MJ, García Sánchez J
Hospital Clínico San Carlos, Madrid
- 11:47-11:54 **DE LA PAPILA DE BERGMEISTER AL PUNTO DE MITTENDORF. REVISIÓN ICONOGRÁFICA**
Santos Bueso E, Muñoz Hernández AM, Vinuesa Silua MJ, García Sánchez J
Hospital Clínico San Carlos, Madrid
- 11:54-12:01 **QUERATITIS ESTROMAL NECROTIZANTE POR VIRUS HERPES SIMPLE**
Tandón Cárdenes L, Espinosa Barberi G, Medina Rivero F
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria
- 12:01-12:08 **SÍNDROME DE CONTRACCIÓN CAPSULAR SEVERO EN CATARATA PEDIÁTRICA. MANEJO QUIRÚRGICO**
Abreu Reyes JA, Aguilar Estévez JJ, Rocha Cabrera P, Armas Domínguez K
Hospital Universitario de Canarias, La Laguna
- 12:08-12:15 **QUERATOPLASTIA PENETRANTE PROTEGIDA EN PREMATURO DE 35 SEMANAS CON PERFORACIÓN CORNEAL INDUCIDA POR PSEUDOMONA**
Pinto Herrera C, Sánchez-Gijón González-Moro M, Medina Mesa E, Sánchez García M
Hospital Universitario de Canarias, La Laguna
- 12:15-12:22 **RETRACTORES CAPSULARES EN CIRUGÍAS COMPLICADAS**
Reyes Rodríguez MA, García García U, Palazón Ortiz L, Espinosa Barberi G
Eurocanarias Oftalmológica
- 12:22-12:45 **Discusión**
- 12:45-13:00 **Sesión Revista Archivos de la Sociedad Canaria de Oftalmología**
- 13:00-13:15 **Apertura del XLIV CONGRESO DE LA SOCIEDAD CANARIA DE OFTALMOLOGÍA**
- 13:15-14:00 **Exposición y defensa de pósters**
- 14:00-15:30 *Almuerzo de trabajo*

15:30-17:00

MESA REDONDA I: GLAUCOMA

MODERAN: *Dr. David Viera Peláez*

Dr. José Juan Aguilar Estévez

Dr. Augusto Abreu Reyes

- **Glaucoma, paquimetría y otros factores de riesgo.** *Dr. Tinguaro Díaz Alemán*
- **Influencia de la superficie ocular en la calidad de vida en los pacientes con glaucoma.** *Prof. Javier Moreno Montañés*
- **Estimación de la perfusión del anillo y de la excavación usando exclusivamente imágenes bidimensionales.** *Prof. Manuel González de La Rosa*
- **Análisis de cambios estructurales papilares tras cirugía de catarata asistida con láser de femtosegundo.** *Dra. Beatriz Estévez Jorge*
- **¿Cuántas pruebas complementarias hay que hacer?.** *Dr. David Viera Peláez*
- **Tratamiento del glaucoma. Evidencia versus valores.** *Prof. Julián García Sánchez*

17:00-17:15

CONFERENCIA I: LO MEJOR DEL AÑO EN EL SEGMENTO ANTERIOR

Dr. Salvador García Delpech

MODERA: *Dr. José Vicente Rodríguez Hernández*

17:15-17:45

Coffee break

17:45-19:30

MESA REDONDA II: CIRUGÍA REFRACTIVA

MODERA: *Dr. José Vicente Rodríguez Hernández.*

- **EBK (*Epibowman keratectomy*) y aportaciones de Cassini a la cirugía refractiva corneal.** *Dr. Ramón Ruíz Mesa*
- **Aportación de Optivue a la cirugía refractiva.** *Dr. Federico Alonso Aliste*
- **Nuevas aportaciones de Pentacam y lentes intraoculares: guía para no perderse.** *Dr. David Pérez Silguero*
- **Manejo del astigmatismo prequirúrgico.** *Dr. Javier Rodríguez Martín*
- **Aportación del módulo de córnea de Lensx a la cirugía refractiva corneal.** *Dr. José Alberto Muiños Gómez-Camacho*
- **Nuevas LIOs multifocales de B&L.** *Dr. Joaquín Fernández Pérez*
- **Nuevas LIOs de IMEX.** *Dr. Luis Cadarso Suárez*
- **Trifocales Zeiss.** *Dr. Ramiro Cordeiro Salgado*
- **Lente fáquica IPCL para miopía, hipermetropía, astigmatismo y presbicia.** *Dr. Carlos Gutiérrez Amorós*
- **PIXL en bajas miopías.** *Dr. José Vicente Rodríguez Hernández*

19:30

Sesión Administrativa

20:15

Entrega de la medalla de oro de la SCO al **Dr. Julio Méndez González**

21:00

Cena Oficial del Congreso

SÁBADO 18 DE JUNIO

- 8:30-10:04 **COMUNICACIONES LIBRES II**
MODERAN: *Dra. Dolores Marrero Saavedra*
Dr. Alfonso Manrique de Lara Morales
- 8:30-8:37 **MANEJO DE LA NEOVASCULARIZACIÓN COROIDEA EN LA DISTROFIA VITELIFORME MACULAR INFANTIL**
Bernal Montesdeoca L, Cabrera López F, Aldunate Page J
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria
- 8:37-8:44 **CORIORRETINOPATÍA CENTRAL SEROSA VS VASCULOPATÍA POLIPOIDEA**
Aldunate Page J, Cabrera López F, Bernal Montesdeoca L, Cejas Mármol G
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria
- 8:44-8:51 **ESTUDIO DEL ÁREA Y DENSIDAD DEL FLUJO VASCULAR MACULAR, MEDIDAS CON ANGIOGRAFÍA POR OCT EN POBLACIÓN SANA. RESULTADOS PRELIMINARES**
Abreu González R, Díaz Rodríguez R, Rubio Rodríguez G, Abreu Reyes P
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife
- 8:51-8:58 **EPITELIOPATÍA DIFUSA CRÓNICA. NUEVO MANEJO TERAPÉUTICO**
Angel Pereira D, Rocha Cabrera P, Cordoués Dorta L, Losada Cabrera MJ, Blasco Alberto A, Abreu Reyes JA
Hospital Universitario de Canarias, La Laguna
- 8:58-9:05 **DESPRENDIMIENTO DE RETINA BILATERAL ASOCIADO A SÍNDROME HELLP**
Angel Pereira D, Sánchez García M, Serrano García MA, Pinto Herrera C, Agustino J, Blasco Alberto A
Hospital Universitario de Canarias, La Laguna
- 9:05-9:12 **INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE GAS EN TRACCIÓN VITREOMACULAR**
Reyes Rodríguez MA, Sánchez Vega C, Hernández Obregón D, Tejera Santana M
Eurocanarias Oftalmológica
- 9:12-9:19 **LINFOMA OCULAR PRIMARIO BINOCULAR**
Sánchez Vega C, Reyes Rodríguez MA, Francisco Hernández F
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria
- 9:19-9:26 **REVISIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS OCULAR EN EL ÁREA NORTE DE GRAN CANARIA**
Tejera Santana M, García García UD, Reyes Rodríguez MA, Francisco Hernández F
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria
- 9:26-9:33 **ANÁLISIS COMPARATIVO DEL EDEMA MACULAR DIABÉTICO CON DOS SISTEMAS DE TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA PARA SU DIAGNÓSTICO**
Hernández Marrero D, Solé González L, Abreu González R
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife
- 9:33-9:40 **OSTEOMA ORBITARIO PURO SIN AFECTACIÓN INTRAORBITARIA. REMODELACIÓN MEDIANTE FRESADO**
Díaz Rodríguez R, Garrote Ramos V, Sánchez Medina Y, Delgado Miranda JL
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

9:40-9:47	EXÉRESIS DE HEMANGIOMA ORBITARIO CON CIRUGÍA VIA TRANSCONJUNTIVAL: A PROPÓSITO DE UN CASO Garrote Ramos VS, Díaz Rodríguez R, Delgado Miranda JL, Sales Sang M <i>Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife</i>
9:47-10:04	Discusión
10:00-11:00	CONFERENCIA II: NOVEDADES EN RETINA MÉDICA <ul style="list-style-type: none">· Nuevos métodos diagnósticos. <i>Dr. Jose María Ruiz Moreno</i>· Nuevos tratamientos. <i>Dr. Alfredo García Layana</i> MODERA: <i>Dr. Francisco Cabrera López</i>
11:00-11:30	<i>Coffee break</i>
11:30-13:00	MESA REDONDA III: OCULOPLASTIA MODERA: <i>Dr. Julio Pérez Álvarez</i> <ul style="list-style-type: none">· Orbitopatía distiroidea. <i>Dr. Joaquín Rutllán Civiit</i>· Obstrucciones congénitas de la vía lagrimal. <i>Dr. José Francisco Díaz Arriaga</i>· Blefaroplastias. <i>Dra. Eva Ayala Barroso</i>· Tiras tarsales. <i>Dr. José Luis Delgado Miranda</i>· Carcinoma basocelular. <i>Dra. Erica Medica Mesa</i>· Ptosis. <i>Dr. Eduardo Jérez Olivera</i>· Suspensión frontal. <i>Dr. Ramón Medel Jiménez</i>
13:00-13:30	CONFERENCIA DE CLAUSURA “DR. MURUBE”: INVESTIGACIÓN EN CANARIAS. STAT3. DIANA TERAPÉUTICA EN MELANOMA UVEAL <i>Dr. Nicolás Díaz Chico</i> MODERA: <i>Dr. Miguel A. Reyes Rodríguez</i>
13:30-13:45	Entrega de los premios a la Mejor Comunicación Libre/caso clínico, Poster y Vídeo
13:45-14:00	Clausura Oficial del Congreso

REUNIONES SATÉLITES

SALA DE SESIONES SALA ALMOGARÉN – CORDIAL MOGÁN VALLE

JUEVES 16 DE JUNIO

17:00-18:15	SIMPOSIUM NORVARTIS
18:30-19:45	REUNIÓN DE EXPERTOS: NUEVAS TENDENCIAS EN LA CIRUGÍA REFRACTIVA DE LA CATARATA. ALCON MODERA: <i>Dr. Humberto Carreras Díaz</i>

VIERNES 17 DE JUNIO

9:00-10:00	SIMPOSIUM ABBOT
------------	------------------------

XIII Congreso de la Asociación de **ENFERMERÍA** **OFTALMOLÓGICA** de Canarias

COMITÉ ORGANIZADOR Y CIENTÍFICO

Dña. M^ª Nieves Martín Alonso
Dña. Teresa Ramírez Lorenzo
Dña. M^ª Soledad Medina Montenegro
D. Pedro Raúl Castellano Santana
D. Juan José López Delgado

ENTIDADES COLABORADORAS



ACTIVIDAD ACREDITADA



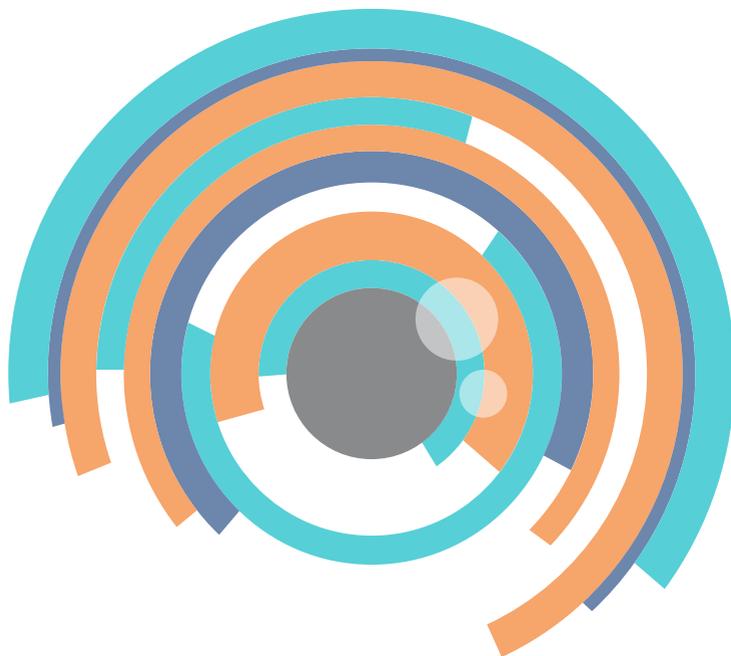
Comisión Canaria de Formación Continua
de las Profesiones Sanitarias

PROGRAMA

VIERNES 17 DE JUNIO

- 9:30 | **Entrega de documentación**
- 9:45 | **Acto Inaugural**
- **Dña. Hortensia Calero Fabelo.** Presidenta del Ilmo. Colegio Oficial de Enfermería de Las Palmas y Presidenta del Consejo Canario de Colegios de Enfermería
 - **Dña. Aurora Egido Cañas.** Presidenta de la Sociedad Española de Enfermería Oftalmológica
 - **D. Miguel Reyes Rodríguez.** Presidente del 44 Congreso de la Sociedad Canaria de Oftalmología
 - **Dña. M^a Nieves Martín Alonso.** Presidenta de la Asociación de Enfermería Oftalmológica Canaria y Presidenta del XIII Congreso de Enfermería Oftalmológica de Canarias
- 10:00 | *Pausa/Café*
- 10:30 | **CONFERENCIA INAUGURAL:**
PRESENTE Y FUTURO DE LA INVESTIGACIÓN ENFERMERA EN CANARIAS
- **D. José Enrique Hernández Rodríguez.** Doctor por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC). Profesor Titular de la ULPGC. Dpto. de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud
- 11:30 | **MESA REDONDA: REALIDAD CIENTÍFICA EN ENFERMERÍA**
- MODERA: **Dña. Teresa Ramírez Lorenzo.** Doctora por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC). Enfermera de La Unidad de Investigación del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Gran Canaria
- PONENTES:
- **Dña. Idafe Jiménez Díaz.** Subdirectora de Enfermería de Servicios Quirúrgicos. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín
 - **Dña. Ángela M^a Ortega Benítez.** Doctora por la Universidad de La Laguna (ULL) y Vicepresidenta del Ilmo. Colegio Oficial de Enfermería de Tenerife
 - **D. Ariday Díaz Ginory.** Supervisor de Quirófano del Hospital Vithas Santa Catalina. Gran Canaria
 - **Dña. M^a Aurora Egido Cañas.** Enfermera de CCEE oftalmológicas. Hospital Universitario La Paz. Madrid
- 13:00 | **PONENCIA: GESTIONANDO EL USO RACIONAL Y EL CONTROL DESDE UNA CENTRAL SATÉLITE EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO**
- **D. Ariday Díaz Ginory.** Supervisor de Quirófano del Hospital Vithas Santa Catalina. Gran Canaria

- 14:00 *Almuerzo*
- 16:00 **PONENCIA: SEMINARIO DE METODOLOGÍA CIENTÍFICA**
· *D. Pedro Raúl Castellano Santana*. Enfermero de Quirófano del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria
- 16:30 **PONENCIA: ADMINISTRACIÓN INTRAOCULAR DE FÁRMACOS. RIESGOS Y PREPARACIÓN**
· *D. Oliver Sobral Caraballo*. Licenciado en Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno infantil. Gran Canaria.
- 17:00 **TALLER: METODOLOGÍA CIENTÍFICA**
· *D. Pedro Raúl Castellano Santana*. Enfermero de Quirófano del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria
- 18:00 *Pausa/Café*
- 18:30 **ASAMBLEA DE LA AEOC**
- 21:00 **CENA OFICIAL**



SÁBADO 18 DE JUNIO

- 09:00 **PONENCIA: CÓMO REALIZAR UNA VIDEOCULOGRAFÍA**
· *D. Francisco Javier Gabaldon Ortega*. Enfermero de la Clínica Oftalmológica Dyto y de CCEE Oftalmología del Hospital Vall d' Hebron Barcelona
- 09:30 **PONENCIA: CICATRIZACIÓN DE LESIONES CORNEALES CON SUERO AUTÓLOGO**
· *Dña. Yesica Flores Jardo*. Doctora por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC). Enfermera de hospitalización del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria
- 10:00 **COMUNICACIONES LIBRES**
- 10:00-10:15 **IMPLICACION DE ENFERMERÍA EN EL QUERATOCONO**
Mahmoud Chbih O
Eurocanarias Oftalmológica
- 10:15-10:30 **EVOLUCIÓN PROCEDIMENTAL DE LAS INTERVENCIONES INTRAVÍTREAS EN EL HOSPITAL DR. NEGRÍN**
Quintana Nuez P, Santana Santana E, Jiménez Díaz I
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria
- 10:30-10:45 **OCT... NUESTRO RETO**
García Marín N, Andreu Fenoll M
Hospital Universitario La Fe, Valencia
- 10:45-11:00 **QUIRÓFANO INTELIGENTE DE CATARATAS**
Mahmoud Chbih O
Eurocanarias Oftalmológica
- 11:00 *Pausa/Café*
- 11:30 **EXPOSICIÓN Y DEBATE DE PÓSTERS**
- 11:30-11:40 **LA BLEFAROPLASTIA: TRATAMIENTO FUNCIONAL PARA MEJORAR EL CAMPO VISUAL EN PTOSIS**
Rodríguez Pérez JE, Ramos Alayón R
Hospital Dr. José Molina Orosa, Lanzarote
- 11:40-11:50 **PAPEL CLAVE DE ENFERMERÍA Y OPTOMETRÍA EN EL CRIBAJE DE LOS PACIENTES CON CORIORETINOPATÍA SEROSA CENTRAL (CSC)**
Barba Franco YC, Vega López Z
Hospital de la Esperanza, Barcelona
- 12:00 **CONFERENCIA DE CLAUSURA: PRESCRIPCIÓN ENFERMERA**
· *D. José Ángel Rodríguez Gómez*. Doctor por la Universidad de La Laguna (ULL) y Presidente del Ilmo. Colegio Oficial de Enfermería de Tenerife
- 13:00 **ENTREGA DE PREMIOS Y CONCURSO FOTOGRÁFICO**

Resúmenes de comunicaciones

**XLIV Congreso de La
Sociedad Canaria de**

OFTALMOLOGÍA

“DON JUAN” Y LA OCULOPLÁSTICA. AFECTACIÓN CUTÁNEA MÚLTIPLE COMO PARTE DE UN POSIBLE SÍNDROME DE POEMS

Díaz Rodríguez R, Garrote Ramos V, Rubio G, Delgado Miranda JL

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

INTRODUCCIÓN

El síndrome de POEMS es un raro trastorno paraneoplásico con afectación multisistémica que se caracteriza por polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, gammapatía monoclonal y afectación cutánea, entre otras alteraciones. Los cambios cutáneos son múltiples, siendo la hiperpigmentación el más frecuente, aunque puede verse engrosamiento dérmico, hipertrichosis, cambios esclerodérmicos y angiomas tuberosos, entre otros.

DESARROLLO

Varón de 70 años, remitido a oftalmología en Abril de 2011 por lesión de aspecto tumoral en borde libre del PSOI, en el contexto de afectación cutánea múltiple como parte de un posible síndrome de POEMS.

RESULTADO

Se realizó biopsia escisional, diagnosticándose de carcinoma escamoso bien diferenciado infiltrante. Se realizó ampliación de márgenes en un 2º tiempo, con reconstrucción palpebral mediante injerto de cartílago auricular y mucosa bucal, además de colgajo de rotación de piel fronto-glabelar, en el mismo acto quirúrgico. 3 meses más tarde se realizó exéresis del pedículo del colgajo, con posterior adelgazamiento del colgajo palpebral y frontal. En Junio de 2013 acude con tumoración costrosa en PIOI y cuerno cutáneo en PSOD, realizándose exéresis en Agosto. En Noviembre de 2013 precisa nueva intervención por neoformación sobre el injerto de PSOI, diagnosticándose de recidiva del carcinoma espinocelular. Se realizó reconstrucción palpebral con injerto de piel supraclavicular derecha. En Diciembre de 2014, se extirpa otro cuerno cutáneo en el PSOD. En Mayo de 2015, dado que presenta un ectropion cicatricial en PIOD, se lleva a cabo corrección del mismo mediante tira tarsal, re inserción de retractores y colgajo de Tripier de PSOD. En Agosto de 2015 acude por absceso corneal en OI de evolución tórpida, en el contexto de una queratitis por exposición, secundaria a un defecto de sustancia en PSOI. Finalmente, una vez resuelto el cuadro, en Abril de 2016 se realizó colgajo de Cutler-Beard de PIOI a PSOI para reconstruir dicho defecto.

CONCLUSIONES

Las recidivas, neoformaciones y complicaciones palpebrales que ha presentado el paciente han supuesto un importante reto quirúrgico, a pesar de lo cuál la cirugía oculoplástica ha conseguido resolver, en la medida de lo posible, cada uno de ellos de forma óptima y funcional. Por el momento no se ha objetivado recidiva.



ABSCESO ORBITARIO Y CEREBRAL COMO COMPLICACIÓN DE UNA INFECCIÓN DENTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

García García U, Sánchez Vega C, Medina Rivero F, Garcia Abellán V
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

Los abscesos orbitarios se desarrollan entre el 70-80% de los casos como complicación de una infección en los senos paranasales, siendo el seno maxilar, el más frecuentemente implicado. Mientras, el otro 30% de esos abscesos son secundarios a la extensión de una infección en otros tejidos adyacentes.

La extensión intracraneal de una infección que afecta simultáneamente a los senos paranasales y a la órbita es una complicación inusual pero potencialmente devastadora.

DESARROLLO

Presentamos el caso de un varón de 22 años, derivado urgente por presentar ptosis palpebral izquierda y diplopía binocular con infección dentaria en tratamiento. Se diagnosticó de parálisis incompleta del III par craneal con exoftalmos izquierdo. Mediante pruebas de imagen se observó una masa intraconal en la órbita izquierda con sinusopatía asociada. Se inició tratamiento con antibioterapia intravenosa, con mala respuesta al tratamiento, evidenciándose en pocos días incremento de tamaño de la lesión orbitaria, ocupación esfenomaxilar y etmoidal y afectación intracraneal. Se realizó abordaje multidisciplinar, ajustándose el tratamiento antibiótico y realizando drenaje quirúrgico del absceso orbitario y de drenaje de los senos paranasales afectados.

RESULTADO

A las diez semanas de tratamiento las colecciones mucopurulentas sinusales y orbitarias se habían resuelto, persistiendo mínima colección frontal izquierda. Oftalmológicamente no presentaba síntomas ni signos de parálisis del III PC y la agudeza visual era de la unidad en ambos ojos. Neurológicamente no presentó ninguna secuela.

CONCLUSIONES

La extensión de una infección odontogénica a la órbita puede ocurrir a través de distintas vías. La ruta más común de propagación es a través del seno maxilar. Las complicaciones graves asociadas a las infecciones orbitarias hacen imprescindible una actuación rápida y abordaje multidisciplinar, prestando atención a la presencia de síntomas neurológicos y considerando el tratamiento quirúrgico en caso de pérdida de agudeza visual, y la no mejoría del cuadro con tratamiento antibiótico intravenoso en 24-48 horas.



CUERPO EXTRAÑO ENCLAVADO EN IRIS DESPUÉS DE CIRUGÍA DE CATARATA

CASO
CLÍNICO

Santos Bueso E, Muñoz Hernández AM, Vinuesa Silva MJ, García Sánchez J
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

INTRODUCCIÓN

La presencia de cuerpos extraños (CE) en la cámara anterior (CA) después de la cirugía de la catarata es un hallazgo poco frecuente pero que hay que tener en consideración aunque la cirugía haya sido correcta. La naturaleza de estos CE puede ser muy diversa aunque los más frecuentes suelen ser fragmentos nucleares (FN) de la catarata que quedan ocultos detrás del iris, en las criptas iridianas o en el ángulo iridocorneal.

DESARROLLO

Mujer de 75 años intervenida de catarata en ojo izquierdo que presentaba a las 24 horas una agudeza visual de 0,8. En la biomicroscopia presentaba un CE brillante en sector iridiano nasal coincidente con la incisión principal de la facoemulsificación. Presentaba además leve edema corneal y leve inflamación en CA. La presión intraocular (PIO) era de 16 mm Hg y el fondo de ojo (FO) era normal. Se realizó tomografía de coherencia óptica de la CA (Cirrus HD-OCT, Carl Zeiss Meditec, Dublin, California, USA) mostrando el CE anclado al iris y proyectado hacia la CA.

RESULTADO

La presencia de CE en el postoperatorio de la cirugía de la catarata es un fenómeno poco frecuente pero que puede desencadenar complicaciones oculares con pérdida de visión secundaria. En el caso de los FN puede producirse edema corneal, inflamación intraocular e incluso edema macular tanto en el postoperatorio inmediato como en un plazo que puede llegar a varios años después del acto quirúrgico.

Planteamos con este caso clínico las distintas teorías del origen del cuerpo extraño encontrado así como una revisión de los cuerpos extraños descritos y publicados en la literatura.

CONCLUSIONES

Como conclusiones consideramos que deben extremarse las medidas preventivas en la cirugía de la catarata revisando, al terminar la cirugía, el aparataje empleado así como la integridad de todos los accesorios utilizados. Estas medidas deben extenderse a todas las cirugías realizadas incluso en aquellas con éxito evidente aparente.



MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA IRIDIANA. DOS CASOS

CASO
CLÍNICO

Santos Bueso E, Muñoz Hernández AM, Vinuesa Silva MJ, García Sánchez J
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones o anomalías vasculares arteriovenosas iridianas (MAVI) son poco frecuentes y pueden pasar desapercibidas si no producen síntomas –como los casos que describimos– o presentarse con hipemas por hemorragias espontáneas de repetición en cámara anterior. Broaddus et al describieron un caso de iris varix y clasificaron las anomalías vasculares del iris en cinco grupos: hemangiomas capilares, hemangiomas cavernosos, microhemangiomas, malformaciones arteriovenosas y varices de iris o iris varix.

DESARROLLO

Las MAVI son anomalías congénitas que típicamente se presentan como un vaso único tortuoso y dilatado que serpentea por el estroma iridiano siendo visible en determinados trayectos, desde la raíz del iris hacia el esfínter pupilar volviendo hacia la raíz en su recorrido. Se considera que son conexiones anormales entre arterias y venas que pueden cursar con atrofia del estroma iridiano. En la mitad de los casos los pacientes pueden presentar un vaso centinela o dilatación de los vasos episclerales regionales. Debe ser estudiado detenidamente el polo posterior de los pacientes con MAVI para descartar patologías como retinopatía diabética proliferativa u oclusión de la vena central de la retina.

RESULTADO

Paciente de 50 años que acudió a revisión rutinaria por presbicia. En la biomicroscopia destacaba una malformación vascular en sector temporal del iris del ojo izquierdo, siendo el resto de la exploración normal. La paciente fue diagnosticada de malformación arteriovenosa iridiana. Presentamos un segundo caso de características similares.

CONCLUSIONES

Como conclusiones destacar la importancia de una exploración exhaustiva para la detección de las MAVI, la utilidad de la AGF y el verde de indocianina para visualizar el trayecto completo del vaso y hacer el diagnóstico diferencial con otras patologías tumorales iridianas, así como la sospecha de esta lesión ante hipemas espontáneos de repetición, a pesar de su poca frecuencia.



EL SÍNDROME ÚVEO-MENÍNGEO COMO MANIFESTACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE WHIPPLE

COMUNICACIÓN ORAL

Díaz Rodríguez R, Rodríguez Gil R, Abreu Reyes P

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

INTRODUCCIÓN

Los síndromes úveo-meníngeos son un grupo heterogéneo de enfermedades que comparten la afectación de úvea, retina y meninges, en el contexto de patologías autoinmunes, neoplásicas o infecciosas, como puede ser la Enfermedad de Whipple. Se trata de una rara enfermedad multisistémica causada por la bacteria *Tropheryma whipplei*, que se caracteriza por artritis y malabsorción, pudiendo causar síntomas por afectación de cualquier órgano o sistema.

DESARROLLO

Mujer de 35 años, diagnosticada de celiaquía en 2014, que ingresa en por fiebre de origen desconocido intermitente de 3 meses de evolución, acompañada de astenia, hiporexia, pérdida de peso, artritis bilateral de tobillos y artralgias migratorias. Además, refiere rigidez en el cuello, episodios aislados de diplopía, visión borrosa, acúfenos y pérdida de audición de oído derecho. Como parte del estudio sistémico se solicitó una exploración oftalmológica, en la que se objetivó un edema de papila y uveítis bilaterales. Se diagnosticó de posible síndrome úveo-meníngeo.

RESULTADO

Dado el antecedente de celiaquía de la paciente, se realizó despistaje de enfermedad de Whipple, presentando una PCR en LCR y sangre negativa, pero en tejido duodenal en el límite de la positividad, por lo que se inició antibioticoterapia iv dirigida, tras lo que la paciente presentó una mejoría clínica significativa que apoya el diagnóstico.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Whipple es una enfermedad rara de afectación multisistémica. Las manifestaciones oculares que incluyen uveítis anterior crónica, coriorretinitis difusa y diferentes grados de vitritis y retinitis, son aún más raras, con menos de 80 casos descritos en la literatura, por lo que su diagnóstico resulta extremadamente difícil, precisando un alto grado de sospecha. Instaurado el tratamiento, que deberá mantenerse durante, al menos, 1 año, el pronóstico visual es favorable.



NEURITIS ÓPTICA EN HERPES ZÓSTER OFTÁLMICO

COMUNICACIÓN ORAL

Hernández Obregón D, Tandón Cárdenas L, Cabrera Naranjo F, Palazón Ortiz L

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

El VVZ puede causar numerosas afecciones oculares de manera aguda, precedido generalmente por un exantema maculopapular cutáneo con zonas eritematosas que respeta la línea media, y que evoluciona progresivamente a vesículas, pústulas y costras a lo largo de 2-3 semanas. El herpes zóster oftálmico (HZO) es la segunda complicación más frecuente del herpes zóster (HZ). Los posibles síntomas oculares son: queratitis epitelial aguda, con-

juntiviitis, epiescleritis, escleritis, queratitis estromal, uveítis anterior frecuentemente hipertensiva, parálisis de los pares craneales III, IV, VI y neuritis óptica, entre otros.

DESARROLLO

Varón de 40 años que acudió urgente por pérdida de visión en su ojo derecho, una semana después de ser diagnosticado de un cuadro de herpes zóster en hemicara derecha. Presentaba una agudeza visual (AV) de movimiento de manos, defecto pupilar aferente relativo y afectación campimétrica temporal superior. El resto de la exploración oftalmológica era normal.

Ante la sospecha de una neuritis retrobulbar, se decidió asociar al tratamiento de aciclovir pulsos de metilprednisolona intravenosa. La serología fue positiva para IgG de virus varicela zóster (VVZ), y la tomografía de coherencia óptica demostró un defecto congruente con el campo visual, siendo normales la resonancia magnética y el resto de los parámetros analíticos y serológicos.

RESULTADO

Tras 9 meses de seguimiento, mantiene una AV de 0.2 aunque con dificultad para la adaptación a los cambios lumínicos y fotofobia.

CONCLUSIONES

La neuritis óptica es una secuela bien documentada pero muy rara del HZO, que puede ocurrir de manera simultánea al rash vesicular agudo o, más frecuentemente, como complicación postherpética, hasta semanas después del inicio de la enfermedad. La recuperación es variable, pero suele quedar un grado significativo de afectación visual residual, con pérdida de campo visual, anomalías cromáticas y de sensibilidad al contraste, defecto pupilar aferente y palidez papilar.



DEGENERACIÓN NODULAR DE SALZMANN: A PROPOSITO DE UN CASO.

COMUNICACIÓN
ORAL

Hernández Obregón D, Miranda Fernández S, Tandón Cárdenes L, Medina Rivero F
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

La degeneración nodular de Salzmann (DNS) es una patología degenerativa de baja prevalencia asociada a cualquier enfermedad corneal de tipo inflamatorio y más raramente secundario a cirugías corneales, queratoconos y uso de lentes de contacto. Suele ser bilateral y afecta con más frecuencia a mujeres entre 50-70 años.

Se presentan como opacidades nodulares elevadas, subepiteliales o estromales anteriores, blanco-grisáceas o azuladas, localizadas en la córnea cicatricial o en los extremos de la córnea transparente. Progresan lentamente y se pueden observar zonas de vascularización adyacente a las lesiones. La clínica puede ser asintomática, o provocar erosiones epiteliales recidivantes que causan lagrimeo, fotofobia e irritación. También pueden causar disminución de la agudeza visual (AV) si afectan al eje visual, provocar astigmatismo irregular o producir cicatrices corneales.

DESARROLLO

Varón de 44 años con antecedentes de tres cirugías de pterigión en el ojo izquierdo (OI) que presenta lesión de aspecto nodular blanco grisácea en el sector nasal de la córnea del mismo, compatible con DNS. Refiere fotofobia, lagrimeo, sensación de cuerpo extraño y disminución de la calidad visual. La AV mejor corregida (AVmc) en su OI es de 0.9. Se realiza seguimiento valorando los cambios corneales, paquimétricos y topográficos, objetivándose crecimiento de la lesión y disminución de la AVmc a 0.7, por lo que se decide resección quirúrgica mediante queratectomía lamelar superficial (SLK) con aplicación de mitomicina C tópica.

RESULTADO

En la actualidad el OI presenta una AV de 1 con el eje visual liberado y persistencia de un leve leucoma nasal residual.

CONCLUSIONES

La SLK asociada a mitomicina C en la DNS es un método eficaz y sencillo que permite mejorar la AV con menor índice de recurrencias que en los casos en los que no se aplica el agente antimitótico. Se trata, además, de una técnica menos costosa que la PTK con láser Excimer.



SÍNDROME DE MASCARADA POR ENDOFTALMITIS FÚNGICA ENDÓGENA

COMUNICACIÓN
ORAL

Rodríguez Melián LJ, Rodríguez Falcón M

*Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria,
Las Palmas de Gran Canaria*

INTRODUCCIÓN

La endoftalmitis micótica es producida por diseminación hematogena en pacientes con factores de riesgo asociados pudiendo presentar una gran variedad de formas clínicas.

DESARROLLO

Varón de 60 años remitido desde el servicio de Neurología por pérdida de visión del ojo derecho de 3 meses de evolución, sin otros síntomas oculares, que refiere haber comenzado en el curso del ingreso por un ACV isquémico. Como antecedentes de interés el paciente presenta un Linfoma noHodgkin en tratamiento con poliquimioterapia.

A la exploración el paciente se encuentra afebril, con ligero síndrome confusional e hipoacusia. Oftalmoscópicamente destaca una panuveítis con importante vitritis que permite observar infiltrados perivasculares blanquecinos.

Se solicita protocolo de extensión de uveítis siendo los resultados obtenidos negativos por lo que se decide realizar toma de muestra mediante vitrectomía, para descartar malignidad. La muestra de humor vítreo se informa como colonizada por estructuras filamentosas y esporas compatibles con infección fúngica.

Se inicia tratamiento con voriconazol produciéndose una mejoría de la hipoacusia, del cuadro confusional y de la panuveítis.

CONCLUSIONES

Ante todo paciente con cuadro de panuveitis, factores de riesgo asociados y cuadro sistémico asociado a endoftalmitis deben descartarse procesos linfoproliferativos versus procesos infecciosos endógenos, ya que dado el compromiso vital que suponen estas entidades es de capital importancia el diagnóstico precoz y la instauración del tratamiento adecuado.



MICROSCOPIA CONFOCAL CORNEAL Y NEUROPATÍA DIABÉTICA: ANÁLISIS CRÍTICO DE UN METANÁLISIS

COMUNICACIÓN
ORAL

Pinto Herrera C, Díaz Alemán T, Blasco Alberto A, Ángel Pereira D
Hospital Universitario de Canarias, La Laguna

INTRODUCCIÓN

Se realiza revisión crítica del metanálisis “Corneal confocal microscopy for assessment of diabetic peripheral neuropathy: a meta-analysis” durante la realización del Journal Club Oftalmológico del Hospital Universitario de Canarias.

DESARROLLO

Se analiza de manera crítica por los distintos miembros del Journal Club, los puntos fuertes y puntos débiles del artículo, así como sus resultados desde el punto de vista estadístico y la concordancia de los mismos con trabajos anteriores. Dicho artículo tiene como objetivo realizar un metanálisis que esclarezca el papel de la microscopía confocal corneal en el diagnóstico de los pacientes diabéticos con neuropatía frente a controles sanos y pacientes diabéticos sin neuropatía.

RESULTADO

El resultado principal del estudio es la demostración de la reducción de los parámetros corneales de la microscopía confocal en los pacientes con diabetes con o sin neuropatía, al ser comparados estos con controles sanos.

CONCLUSIONES

A pesar de las limitaciones del artículo, el cual presenta una alta heterogeneidad y un importante sesgo de publicación, expone resultados que se encuentran en concordancia con publicaciones previas. Además, abre el camino hacia la detección de la neuropatía diabética mediante la microscopía confocal corneal, hecho relevante en el diagnóstico precoz de esta patología. La realización de revisiones de artículos de manera periódica nos ayuda a desarrollar nuestro análisis crítico de la literatura y a conocer la evidencia científica actual en distintas materias oftalmológicas.



¿SIRVE LA RX SIMPLE PARA DESCARTAR UN CEX ORBITARIO?

COMUNICACIÓN ORAL

Díaz Arriaga JF, Jerez Olivera E, Pérez Álvarez J

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

Importancia del TAC ante la sospecha de un cuerpo extraño tras un traumatismo orbitario.

DESARROLLO

Tras un traumatismo orbitario, además de una historia clínica y exploración completa, las pruebas radiológicas nos proporcionan una ayuda indispensable para poder descartar la presencia de un cuerpo extraño siempre que haya sospecha.

RESULTADO

Desarrollamos un caso de traumatismo orbitario en la que el TAC y no la RX simple nos proporciona la información necesaria para descartar un cuerpo extraño en la órbita.

CONCLUSIONES

Ante la sospecha de un cuerpo extraño orbitario, una RX simple no va a descartar con seguridad la presencia de un cuerpo extraño aunque sea radioopaco.



SÍNDROME DE CHARLES BONNET. SERIE DE 45 CASOS

COMUNICACIÓN ORAL

Santos Bueso E, Muñoz Hernández AM, Vinuesa Silva MJ, García Sánchez J

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Charles Bonnet (SCB) es un cuadro clínico que se caracteriza por la presencia de alucinaciones visuales, que suelen ser complejas y estructuradas, en pacientes estado cognitivo conservado e importante deterioro de la visión. Patologías como la degeneración macular asociada a la edad (DMAE), glaucoma e incluso cataratas⁸ están produciendo un incremento de la incidencia del SCB, aunque los datos epidemiológicos son muy variables. Se estima que la prevalencia de SCB puede llegar al 35% pero otros trabajos han encontrado una prevalencia del 3,15% posiblemente porque los pacientes con SCB no quieren reconocer la presencia de alucinaciones y no consultan por el miedo a padecer una enfermedad psiquiátrica.

DESARROLLO

En este trabajo descriptivo de sección transversa estudiamos las características de los pacientes con SCB y de las alucinaciones que presentaban en el Servicio de Oftalmología del Hospital Clínico San Carlos (HCSC) de Madrid (España). Fueron estudiados 45 pacientes diagnosticados SCB –entre 2010 y 2011– en las Unidades de Patología Macular, Glaucoma, Superficie ocular y Urgencias. Posteriormente fueron derivados a la Unidad Multidisciplinar de Neurooftalmología formada por oftalmología, neurología y psiquiatría del HCSC para confirmar el diagnóstico de SCB una vez descartadas otras causas desencadenantes de alucinaciones.

RESULTADO

La mayoría de los pacientes eran mujeres (66,66%) mayores de 80 años (68,88%) con una edad media de 83,55 años (desviación estándar: 7,15). En el 68,88% presentaban AV menor de contar dedos (CD) a un metro principalmente secundario a DMAE (37,77%) y glaucoma (28,88%). Además en un 8,88% presentaban hipoacusia. Sin embargo también el SCB puede presentarse en pacientes con buena AV e incluso en niños.

En la serie que presentamos las alucinaciones que referían los pacientes eran principalmente personas y caras (35,55%), en color (66,66%) y en movimiento (80%). El 26,66% presentaba las alucinaciones desde hacía un año, con una frecuencia de 3 episodios diarios (35,55%) y de entre 3 y 5 minutos de duración (35,55%).

CONCLUSIONES

Como conclusiones destacar la importancia del SCB así como la necesidad de nuevos estudios para el conocimiento de todas las variables de este complejo síndrome. La colaboración en una Unidad Multidisciplinar entre Oftalmología, Neurología y Psiquiatría es fundamental para un diagnóstico y tratamiento adecuados de los pacientes con SCB.



DE LA PAPILA DE BERGMEISTER AL PUNTO DE MITTENDORF. REVISIÓN ICONOGRÁFICA

COMUNICACIÓN ORAL

Santos Bueso E, Muñoz Hernández AM, Vinuesa Silva MJ, García Sánchez J
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones del desarrollo ocular originan en muchos pacientes lesiones que pueden pasar desapercibidas cuando no son graves o producir complicaciones con pérdida de visión y que deben ser conocidas por todos, especialmente por los oftalmólogos más jóvenes.

DESARROLLO

En la presentación revisamos con una amplia iconografía las alteraciones del desarrollo ocular desde el desarrollo del prosencéfalo y el tallo óptico en las primeras semanas de gestación, la arteria hialoidea embrionaria, la túnica vasculosa lentis y todas aquellas alteraciones del desarrollo que van a constituir lesiones como la persistencia de vítreo primario, la papila de Bergmeister, el punto de Mittendorf, el canal de Cloquet o conducto de Stilling y los espacios vítreos de Marteggiani.

RESULTADO

La iconografía procedente de la Unidad de Neurooftalmología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid establece un recorrido por las lesiones que se desarrollan de la alteración de la regresión de la arteria hialoidea embrionaria así como las variantes fisiológicas de la vascularización retino-coroidea.

CONCLUSIONES

Aunque en muchos casos las lesiones no producen complicaciones y no tienen repercusión clínica, deben ser conocidas por todos para evitar errores diagnósticos.

QUERATITIS ESTROMAL NECROTIZANTE POR VIRUS HERPES SIMPLE: A PROPÓSITO DE UN CASO

COMUNICACIÓN ORAL

Tandón Cárdenes L, Espinosa Barberi G, Medina Rivero F

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

La queratitis estromal necrotizante se produce generalmente en pacientes que han sufrido infecciones recurrentes a nivel epitelio por el VHS. En ella se genera una elevada concentración de antígenos a nivel del estroma que conducen a una reacción inflamatoria que puede ser localizada o establecerse de forma difusa. Si los infiltrados inflamatorios confluyen pueden producir áreas de necrosis que prosiguen hacia abscesos corneales. Todos estos factores condicionan el reclutamiento progresivo de más células inflamatorias que conducen en un final a la recuperación del cuadro, o en su peor pronóstico, a la perforación del globo.

DESARROLLO

Se presenta el caso clínico de una mujer de 74 años con baja agudeza visual en el OD, vascularización corneal, quemosis conjuntival, secreciones blanquecinas y ulceración central con infiltrado inflamatorio blanquecino. Pese al tratamiento tópico, no evoluciona favorablemente por lo que se realiza una PCR para VHS que resulta positiva y se llega al diagnóstico de queratitis estromal necrotizante de origen herpético.

CONCLUSIONES

La queratitis estromal necrotizante por VHS es una entidad poco frecuente que se produce por reactivaciones recurrentes del virus a nivel del epitelio corneal, que llegan a afectar al estroma. Se caracteriza clínicamente por infiltrados inflamatorios, que pueden generar áreas de necrosis, acompañados de defectos epiteliales y neovascularización. Es importante el diagnóstico precoz, diagnóstico diferencial (sobre todo con las úlceras de origen bacteriano) y la instauración de tratamiento, ya que en caso contrario conduciría irremediablemente a la perforación ocular y/o a una probable "queratoplastia en caliente", con las altas tasas de fracaso que conlleva.



SÍNDROME DE CONTRACCIÓN CAPSULAR SEVERO EN CATARATA PEDIÁTRICA. MANEJO QUIRÚRGICO

VIDEO

Abreu Reyes JA, Aguilar Estévez JJ, Rocha Cabrera P, Armas Domínguez K

Hospital Universitario de Canarias, La Laguna

INTRODUCCIÓN

El síndrome de contracción capsular (SCC) es una reducción exagerada del tamaño de la capsulorrexis (CCC) después de la cirugía extracapsular de la catarata con implante de lente intraocular (LIO). Es debido a la transformación fibrogénica de las células epiteliales subcapsulares lo que daría origen a un tejido conectivo fibrilar compuesto por miofibroblastos y sustancias producidas por ellos que incluyen y atrapan la cápsula marginal del cristalino.

El SCC en su grado severo –diámetro de la CCC igual o inferior a 1 mm– origina una importante afectación funcional y estructural, siendo la cirugía la mejor alternativa de tratamiento.

Mostramos el protocolo quirúrgico seguido en nuestro caso.

DESARROLLO

Se presenta el caso de un varón de 2 años de edad que presenta catarata congénita bilateral. Se realiza cirugía en ambos ojos diferida 1 semana, siguiendo nuestro protocolo habitual para estos casos (CCC anterior diatérmica, facoaspiración con alto vacío, CCC posterior diatérmica, vitrectomía anterior asistida con acetato de triamcinolona, e implante de LIO). A los 2 meses de la cirugía se observa en OD la existencia de un SCC severo que ocupa parcialmente el área pupilar.

Decidimos hacer tratamiento quirúrgico realizando cortes radiales del anillo fibroso utilizando tijeras de Grieshaber 20-G, hasta conseguir una apertura de la CCC de 5 mm.

RESULTADO

En las revisiones posteriores del paciente se observa escasa reacción inflamatoria, y el eje visual libre, hecho imperativo para la rehabilitación visual.

CONCLUSIONES

Consideramos que en el tratamiento quirúrgico del SCC severo en la edad pediátrica, tiene ventajas la técnica utilizada en nuestro paciente frente a las técnicas mecanizadas, porque se evitan desgarros radiales de la CCC que pueden implicar la zónula y la cápsula posterior, con posible desestabilización de la LIO.



QUERATOPLASTIA PENETRANTE PROTEGIDA EN PREMATURO DE 35 SEMANAS CON PERFORACIÓN CORNEAL INDUCIDA POR PSEUDOMONA

VIDEO

Pinto Herrera C, Sánchez-Gijón González-Moro M, Medina Mesa E, Sánchez García M
Hospital Universitario de Canarias, La Laguna

INTRODUCCIÓN

La pseudomona aeruginosa (PA) puede causar infecciones nosocomiales, que en ocasiones pueden dar lugar a queratitis. Presentamos el caso de un paciente prematuro en el que se evidencia perforación corneal secundaria a queratitis por PA, tratada mediante queratoplastia penetrante protegida (QPPP).

DESARROLLO

Prematuro de 31 semanas de edad gestacional, que presentaba a la semana de vida secreciones mucopurulentas en ojo izquierdo (OI) con cultivo positivo para PA. Se pautó tratamiento con Tobramicina y Gentamicina tópico. A las 3 semanas, se evidenció perforación ocular central, afaquia y extrusión de vítreo. Se realizó cirugía urgente con implante de membrana amniótica. En un segundo tiempo, 10 días después de la anterior cirugía, se libe-

raron sinequias iridocorneales y se efectuó QPPP, por el riesgo elevado de presión positiva y vitreorragia expulsiva durante la cirugía. 2 meses después, se retiró la sutura corneal y se realizó una pupiloplastia.

RESULTADO

Actualmente, a los 6 meses de edad corregida, presenta opacificación corneal periférica con transparencia central y afaquia. La presión intraocular en OI es de 28 mmHg con maleato de timolol al 0,25%. A día de hoy, los padres han rechazado el implante de válvula de Ahmed.

CONCLUSIONES

Las infecciones oculares bacterianas son poco frecuentes en la población neonatal. La PA es una bacteria ubicua, gram-negativa, frecuentemente encontrada en el ambiente hospitalario relacionado con respiradores, humidificadores e incubadoras. La queratoplastia penetrante en la edad pediátrica es un procedimiento quirúrgico complejo y exigente, asociado a un alto riesgo de vitreorragia expulsiva durante la cirugía. Por este motivo, la QPPP, como se realizó en este caso, parece un procedimiento eficaz para el tratamiento de la perforación secundaria a queratitis por PA en la prematuridad.



RETRACTORES CAPSULARES EN CIRUGÍAS COMPLICADAS

VIDEO

Reyes Rodríguez MA, García García U, Palazón Ortiz L, Espinosa Barberi G
Eurocanarias Oftalmológica

INTRODUCCIÓN

Empleamos rutinariamente los retractores de iris para conseguir una midriasis adecuada en determinadas cirugías de catarata o vitreoretiniana. Pero también podemos emplear el uso de estos retractores para estabilizar el saco del cristalino en aquellos casos de inestabilidad extrema del complejo por debilidad zonular o subluxación del cristalino. Esto nos permite realizar la cirugía de catarata con o sin vitrectomía asociada con menor número de complicaciones.

DESARROLLO

Presentamos el video de uno de nuestros casos tratados con éxito con el uso de estos retractores.

RESULTADO

Se trata de un paciente varón de 60 años con antecedente de queratotomía radial que presenta una catarata densa con facododonesis importante que se remite por alto riesgo de luxación completa de cristalino. Presentaba por el mismo motivo un antecedente de luxación completa del cristalino en el ojo contralateral tras facoemulsificación que requirió vitrectomía e implante de lente intraocular de anclaje iridiano, con múltiples complicaciones asociadas.

CONCLUSIONES

Empleamos el uso de retractores capsulares ante situaciones de cirugía de cataratas complejas por debilidad capsular manifiesta, sobretodo en síndromes de pseudoexfoliación y en subluxaciones. Igualmente nos facilita la cirugía de catarata en ojos vitrectomizados al mantener mas anterior y estable el diafragma capsulozonular.

MANEJO DE LA NEOVASCULARIZACIÓN COROIDEA EN LA DISTROFIA VITELIFORME MACULAR INFANTIL

COMUNICACIÓN ORAL

Bernal Montesdeoca L, Cabrera López F, Aldunate Page J

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

La Distrofia Macular Viteliforme de Best (DMVB), es una distrofia macular progresiva de herencia autosómica dominante. Tras una fase viteliforme generalmente asintomática, se ha descrito infrecuentemente y en fases avanzadas, casos que cursan con neovascularización coroidea (NVC) que pueden provocar un rápido deterioro de la agudeza visual (AV). Se presenta un caso atípico de DMVB infantil asociada a NVC con 6 años de seguimiento tras tratamiento con 3 dosis de ranibizumab intravítreo.

DESARROLLO

El examen fundoscópico revela una lesión viteliforme subfoveal bilateral y una hemorragia adyacente en ojo derecho. La Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) y la angiografía fluoresceínica confirman la presencia de una membrana neovascular en ojo derecho. El electrooculograma resulta patológico y se confirma el diagnóstico de distrofia macular viteliforme de Best infantil (DMVB).

RESULTADO

Dada la localización subfoveal de la membrana, se decidió tratar con ranibizumab intravítreo, siendo necesarias 3 inyecciones para lograr el cierre de la lesión neovascular. Tras un follow-up de 6 años, no se han producido recurrencias y la AV se mantiene en la unidad.

CONCLUSIONES

El uso de ranibizumab intravítreo puede ser una opción de tratamiento eficaz a largo plazo en la neovascularización coroidea secundaria a la DMVB de debut en la infancia, siendo necesarias series de casos más amplias para poder confirmar esta observación.



CORIORRETINOPATIA CENTRAL SEROSA V/S VASCULOPATIA POLIPOIDEA

COMUNICACIÓN ORAL

Aldunate Page J, Cabrera López F, Bernal Montesdeoca L, Cejas Mármol G

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

Clínicamente la vasculopatía coroidea polipoidea (VCP) y la coriorretinopatía serosa central (CSC), pueden parecerse mucho. Especialmente ante una CSC de curso crónico o recurrente, pueden pasar meses o años, hasta llegar al diagnóstico de una VCP. Es importante diferenciarlas, ya que difieren mucho en cuanto a su pronóstico visual. Siendo generalmente favorable en la CSC, con resolución espontánea tras meses de observación y ominoso en la VCP, tendiendo al deterioro visual severo e irreversible hasta en un tercio de los casos. Incluso luego de resolverse la exudación tras el tratamiento con terapia fotodinámica (TFD), antiangiogénicos (Anti-VEGF) o su combinación.

DESARROLLO

Presentamos el caso de una mujer de 39 años, con diagnóstico inicial de CSC, sin resolución espontánea y mostrándose refractaria a tratamiento con láser focal y anti-VEGF. En la que a pesar de una alta sospecha de VCP y del estudio dirigido con AF, AVI y OCT repetidas, se observa un retraso de 30 meses entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico.

RESULTADO

Tras confirmarse una VCP, se indica tratamiento combinado de TFD asociada a Ranibizumab intravítreo, consiguiendo resolver de forma completa y mantenida la exudación, pero sin obtener ninguna recuperación funcional. Evolucionando posteriormente hacia la atrofia de las capas externas de la retina.

CONCLUSIONES

Debemos mantener una alta sospecha de VCP ante una CSC crónica o recurrente.

La AVI es el Gold Standard actual para el diagnóstico de VCP y puede ser necesario repetirla en varias ocasiones antes de confirmarse el diagnóstico.

La VCP es un subtipo de MNV de tipo 1, que asocia frecuentemente, mal pronóstico visual, incluso tras el tratamiento óptimo combinado de TFD y anti-VEGF y la resolución de los exudados.



ESTUDIO DEL ÁREA Y DENSIDAD DE FLUJO VASCULAR MACULAR, MEDIDAS CON ANGIOGRAFÍA POR OCT, EN POBLACIÓN SANA. RESULTADOS PRELIMINARES

COMUNICACIÓN ORAL

Abreu González R, Díaz Rodríguez R, Rubio Rodríguez G, Abreu Reyes P
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

INTRODUCCIÓN

La angiografía por OCT (OCT-A) es una modalidad de imagen que utiliza el contraste de movimiento entre las imágenes de OCT para generar un angiograma volumétrico.

Nuestro estudio analiza el área y densidad de flujo vascular, medidas con angiografía por OCT, en población sana utilizando el sistema Nidek Advance-OCT®

DESARROLLO

Estudio transversal con voluntarios sanos realizado en el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de La Candelaria. Como criterio de exclusión se definieron la existencia de: patología ocular, cirugía ocular previa y un equivalente esférico superior a +/- 5 dioptrías.

Todas las exploraciones tomográficas se realizaron con el sistema de OCT-A Nidek Advance-OCT® (Nidek, Aichi, Japón) y por un único operador. Se utilizó un patrón de adquisición de 3x3 mm centrado en la fovea.

El cálculo del área de flujo vascular y de la densidad de flujo vascular macular las realizó de forma automática el sistema Nidek Advance-OCT® mediante el software propio que incorpora.

RESULTADO

Se analizaron 19 ojos (19 pacientes). La distribución por sexos fue de 31,58% hombres y 61,42% mujeres, con una edad media global de 48,21 +/- 10,76 años. El equivalente esférico medio fue de 0,54 +/- 1,9 dioptrías.

El área de flujo vascular macular media fue de 2,08 +/- 0,18 mm² y la densidad de flujo vascular macular media fue de 18,23 +/- 2,93 %

CONCLUSIONES

La aparición de los sistemas de OCT-A nos obliga a aprender una nueva visualización de la anatomía vascular macular, incorporando nuevos parámetros como son el área de flujo vascular y de la densidad de flujo vascular y sus valores de normalidad.



EPITELIOPATÍA DIFUSA CRÓNICA. NUEVO MANEJO TERAPÉUTICO

COMUNICACIÓN
ORAL

Angel Pereira D, Rocha Cabrera P, Cordoués Dorta L, Losada Cabrera MJ, Blasco Alberto A, Abreu Reyes JA

Hospital Universitario de Canarias, La Laguna

INTRODUCCIÓN

La epiteliopatía difusa crónica es una forma de presentación atípica de coriorretinopatía central serosa caracterizada por desprendimientos recurrentes en la retina neurosensorial y atrofia difusa del epitelio pigmentario de la retina.

DESARROLLO

En el tratamiento hasta el momento disponíamos del uso del uso de la terapia fotodinámica, la fotocoagulación con láser, láser de diodo micropulsado y termoterapia transpupilar con resultado controvertido. Describimos el uso de la espironolactona con buen resultado en esta compleja patología retiniana en dos pacientes.

RESULTADO

Se presentan dos casos clínicos de epiteliopatía difusa crónica con respuesta favorable a espironolactona tanto en agudeza visual como en la función estructural bajo OCT macular. En el primer paciente se presentan regiones de desprendimiento neurosensorial crónico y recurrente. El segundo presenta cuadro retiniano de desprendimiento neurosensorial múltiple, quistes intrarretinianos secundarios y desprendimiento del epitelio pigmentario de la retina de años de evolución, tratado previamente con terapia fotodinámica sin éxito.

CONCLUSIONES

El tratamiento hasta el momento disponible en la epiteliopatía difusa crónica es desalentador. El uso de este fármaco ha sido eficaz en los casos presentados debido a que los fármacos antagonistas de los receptores de aldosterona disminuyen la expresión del canal de potasio KCa2.3, involucrado en la vasodilatación coroidea y teniendo un resultado prometededor. Se postula su uso en la epiteliopatía difusa crónica.

DESPRENDIMIENTO DE RETINA BILATERAL ASOCIADO A SÍNDROME DE HELLP

COMUNICACIÓN ORAL

Angel Pereira D, Sánchez García M, Serrano García MA, Pinto Herrera C, Agustino J, Blasco Alberto A

Hospital Universitario de Canarias, La Laguna

INTRODUCCIÓN

El desprendimiento de retina (DR) exudativo asociado a enfermedad hipertensiva gestacional (EHG) se observa con una incidencia variable, afectando desde el 0.1 hasta el 32.4% de las pacientes con pre-eclampsia/eclampsia. El síndrome de HELLP (hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombopenia), está incluido dentro de la preeclampsia grave y afecta aproximadamente al 2% de todos los embarazos. Existen pocos casos publicados de DR exudativo bilateral asociado a este síndrome.

DESARROLLO

Paciente de 34 años con 32 semanas de gestación y con diagnóstico de EHG, que ingresa para control de bienestar materno-fetal. Durante su ingreso se indica cesárea por registro cardiotocográfico desaccelerativo. Tras 48 horas presenta deterioro analítico progresivo, hemólisis, disminución de hemoglobina y plaquetas e incremento de LDH, BUN y creatinina, trasladándose a UVI.

A las 24 horas la paciente cursa con disminución brusca de agudeza visual (AV) de forma bilateral. En la exploración oftalmológica presenta una AV de bultos bilateral, con segmento anterior y presión intraocular normales.

RESULTADO

Se realiza retinoscopia indirecta observándose un DR bilateral con afectación macular, de probable etiología exudativa. Se indicó corticoterapia y fue valorada diariamente por nuestro Servicio, con mejoría progresiva de los hallazgos.

A los 4 días fue dada de alta de UVI realizándose exploración en el Servicio de Oftalmología y observándose una AV máxima corregida de 0.6 en ambos ojos, con mejoría significativa del desprendimiento neurosensorial corroborado por retinografía y OCT macular. En revisiones posteriores la paciente presentó remisión completa de los hallazgos.

CONCLUSIONES

La EHG presenta una mortalidad materno-fetal elevada y conlleva frecuentemente manifestaciones visuales, siendo el DR exudativo menos habitual. La patogenia del DR en este contexto no está del todo clara, sugiriéndose un daño isquémico y/o trombótico de la red coriocapilar.

A pesar de esto, los DR asociados a EHG suelen tener buen pronóstico visual, si se resuelve adecuadamente la patología sistémica



INYECCIÓN INTRAVÍTEA DE GAS EN TRACCIÓN VITREOMACULAR

COMUNICACIÓN ORAL

Reyes Rodríguez MA, Sánchez Vega C, Hernández Obregón D, Tejera Santana M
Eurocanarias Oftalmológica

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la tracción vitreomacular puede ser la observación, la vitreólisis enzimática con ocriplasma, la inyección intravítrea de gas y la vitrectomía.

DESARROLLO

Presentamos dos casos clínicos en el que empleamos inyección intravítrea de gas perfloropropano (0,25 ml de C3F8 puro) para liberar la tracción vitreomacular.

RESULTADO

El primer caso se trata de una paciente mujer de 60 años fáquica, con antecedente de cirugía de agujero macular en el ojo izquierdo, que presenta un síndrome de tracción vitreomacular sintomático sin agujero macular en el ojo derecho. Se realiza inyección intravítrea de gas con resolución de la tracción a la semana, con buena evolución anatómica y funcional.

El segundo caso es un paciente de 58 años con edema macular diabético con componente traccional en el ojo izquierdo, que se trata inicialmente con inyección intravítrea de ocriplasma sin éxito. Se procede a las 6 semanas a la inyección intravítrea de gas con resolución de la tracción a las 2 semanas del tratamiento.

CONCLUSIONES

Consideramos que la inyección intravítrea de gas es un tratamiento poco extendido en la actualidad que puede presentar cifras de éxito altas en pacientes seleccionados, para lo cual es importante las características tomográficas.

Es posible que incluso la combinación de este tratamiento con la inyección intravítrea de ocriplasma aumente las tasa de éxito en este grupo de pacientes.



LINFOMA OCULAR PRIMARIO BINOCULAR

COMUNICACIÓN ORAL

Sánchez Vega C, Reyes Rodríguez MA, Francisco Hernández F
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

El linfoma ocular primario (LOP) o linfoma vitreoretiniano es una entidad poco frecuente que puede presentarse remediando una uveítis posterior crónica inespecífica que no responde al tratamiento por lo que su diagnóstico puede retrasarse varios meses. Dado que este proceso es potencialmente mortal y que cuenta con tratamiento debe considerarse como diagnóstico diferencial en pacientes mayores de 50 años¹.

DESARROLLO

Presentamos el caso de un varón de 64 años que tras diagnosticarse de panuveítis bilateral con evolución tórpida a pesar del tratamiento, es diagnosticado de LOP tras una vitrectomía diagnóstica en la que se realiza citología de la muestra, prueba de referencia del diagnóstico de esta enfermedad, y pruebas moleculares que demostraron la clonalidad linfocitaria. Así mismo se descarta afectación de otras zonas del sistema nervioso central mediante pruebas complementarias quedando el proceso limitado a ambos ojos.

El tratamiento de esta enfermedad requiere un abordaje multidisciplinar tanto por parte del Servicio de Oftalmología como de Hematología, componiéndose principalmente de quimioterapia intravítrea para la afectación local, y quimioterapia sistémica, trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TAPH) y/o radioterapia.

CONCLUSIONES

El LOP es un tipo poco frecuente de linfoma primario del sistema nervioso central. Como ocurrió en nuestro paciente, el diagnóstico se ve frecuentemente retrasado debido a la inespecificidad de su sintomatología, que simula una uveítis posterior crónica, de ahí la importancia de la sospecha diagnóstica cuando la evolución no es la adecuada. La vitrectomía, con recogida de muestras para citología y pruebas moleculares debe plantearse en caso de vitritis que no responde al tratamiento médico. El MTX intravítreo es, en la actualidad el tratamiento de elección, desde el punto de vista oftalmológico, para la afectación local. A pesar del tratamiento tanto para la afectación ocular como sistémica, el pronóstico continúa siendo malo, con una supervivencia baja a los 5 años.



REVISIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS OCULAR EN EL ÁREA NORTE DE GRAN CANARIA

COMUNICACIÓN ORAL

Tejera Santana M, García García UD, Reyes Rodríguez MA, Francisco Hernández F
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

OBJETIVO

Analizar las características de los pacientes diagnosticados de tuberculosis ocular en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogen pacientes de la consulta especializada de uveítis desde Enero del año 2007 a Enero de 2016 que cumplen criterios de clasificación de tuberculosis ocular. Se analizan las características sociodemográficas, clínicas, analíticas, radiológicas e inmunológicas.

RESULTADO

Se obtiene un total de 19 pacientes. Los patrones de presentación dominantes son la uveítis anterior y posterior. Predomina la inflamación crónica y la afectación bilateral. Prevalece el debut ocular de la enfermedad en los pacientes recogidos. Se dispone de radiografía de tórax, Mantoux y quantiFERON-Tb Gold en la mayoría de los pacientes. El tratamiento recibido por los pacientes fue con tres tuberculostáticos. Se tuvo que complementar con moduladores de la inflamación sistémica en 8 pacientes.

CONCLUSIONES

La tuberculosis ocular presenta un diagnóstico difícil. El diagnóstico se basa en la obtención de material o tejido en la que el cultivo o PCR es positiva para *Mycobacterium tuberculosis*. En los demás casos la sospecha se realiza en base a una clínica y epidemiología compatible, radiología, Mantoux o Quantiferon que apoyen la sospecha y la respuesta al tratamiento tuberculostático.



ANÁLISIS COMPARATIVO DEL EDEMA MACULAR DIABÉTICO CON DOS SISTEMAS DE TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA DE DOMINIO ESPECTRAL: CIRRUS-SD® Y SCAN-DUO®

COMUNICACIÓN
ORAL

Hernández Marrero D, Solé González L, Abreu González R

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

INTRODUCCIÓN

La evaluación del espesor macular en las diferentes patologías puede variar entre distintos sistemas de OCT en base a los diferentes algoritmos de segmentación que utilicen. El sistema OCT Cirrus-SD® constituye uno de los aparatos de OCT más extendidos actualmente, mientras que el sistema OCT Scan-Duo® es otro de los sistemas recientemente lanzados al mercado. El objetivo de nuestro trabajo ha sido realizar un análisis cuantitativo del espesor macular en el edema macular diabético (EMD) con ambos sistemas de OCT, así como comparar el análisis cualitativo de colores de sus respectivas bases de normalidad de cada uno de los sistemas.

DESARROLLO

Se ha llevado a cabo para ello un estudio prospectivo descriptivo de pacientes con EMD a los que se les realizó el estudio mediante el sistema OCT Cirrus-SD® (Carl Zeiss Meditec, Dublin, CA, USA) y el OCT Scan-Duo® (Nidek Retina Scan Duo, Aichi, Japan) en el mismo día durante el período de un mes.

RESULTADO

Se seleccionaron 16 ojos con EMD con una edad media de 68 años. La fuerza de la señal media fue superior a 7 en ambos sistemas y correctamente centrados. No se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos dispositivos para el espesor macular pero sí un grado de acuerdo moderado en la distribución por colores del cubo macular.

RESULTADO

Ambos dispositivos de dominio espectral Cirrus-SD® y Scan-Duo® son intercambiables para el espesor macular. Para la distribución por colores del cubo macular el grado de acuerdo es moderado. Como limitación de nuestro trabajo destacamos el pequeño tamaño muestral.



OSTEOMA ORBITARIO PURO SIN AFECTACIÓN INTRAORBITARIA. REMODELACIÓN MEDIANTE FRESADO

VIDEO

Díaz Rodríguez R, Garrote Ramos V, Sánchez Medina Y, Delgado Miranda JL
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

INTRODUCCIÓN

El osteoma es un tumor óseo benigno, raro, típico de la región cráneo-maxilo-facial, que afecta mayoritariamente a adultos o adolescentes de sexo masculino. De crecimiento lento e indoloro, normalmente sólo causa síntomas por compresión de estructuras vecinas o por la aparición de grandes masas óseas palpables a la exploración. Por este motivo, el tratamiento suele ser tardío y llevado a cabo mediante procedimientos quirúrgicos, en principio, conservadores.

DESARROLLO

Mujer de 38 años, sin antecedentes personales de interés, que acudió la consulta de oftalmología en Junio de 2009 al presentar una masa palpable indolora en el reborde supraorbitario externo del ojo izquierdo, que refería haber descubierto de forma incidental. A la exploración se trataba de una masa dura, inmóvil, indolora y sin signos inflamatorios externos, que no causaba una gran deformidad. La motilidad extrínseca, la biomicroscopía y la exploración del fondo de ojo ipsilateral, fueron normales. Tampoco presentaba distopia, proptosis ni diplopia. Las pruebas de imagen mostraron un engrosamiento óseo homogéneo en la región cigomático-frontal izquierda sin afectación intraorbitaria, compatible con Osteoma orbitario puro.

RESULTADO

Con este diagnóstico clínico-radiológico y, dada la ausencia inicial de síntomas, se decidió actitud expectante, realizando un seguimiento periódico hasta Diciembre de 2015, fecha en que, dada la gran asimetría facial que presentaba la paciente, finalmente se realizó resección de parte del tumor mediante fresado, remodelando el hueso.

CONCLUSIONES

Los osteomas orbitarios son una entidad rara cuyo origen suele estar en los senos adyacentes a la órbita (frontal, etmoidal y maxilar en orden de frecuencia). Los orbitarios puros, es decir, los que proceden de las paredes de la cavidad, sin relación con los senos, son más raros aún. La indicación quirúrgica viene dada por un crecimiento progresivo, la presencia de síntomas por compresión de estructuras adyacentes y las asimetrías causadas por el mismo. El tipo de cirugía y la vía de abordaje vienen condicionados por el tamaño y la localización del tumor, utilizándose clásicamente abordajes abiertos para la resección de los osteomas orbitarios. En nuestro caso, aún habiendo llevado a cabo una "resección parcial", se obtuvieron muy buenos resultados estéticos y médicos, ya que, por el momento, no se ha objetivado recidiva.



EXÉRESIS DE HEMANGIOMA ORBITARIO CON CIRUGÍA VÍA TRANSCONJUNTIVAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Garrote Ramos VS, Díaz Rodríguez R, Delgado Miranda JL, Sales Sanz M
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

INTRODUCCIÓN

Presentación de un caso de hemangioma orbitario, con exéresis de lesión vía transconjuntival.

DESARROLLO

Paciente de 46 años consulta por proptosis del ojo derecho de 3 semanas de evolución, con examen biomicroscópico, fondo de ojo dentro de límites normales y agudeza visual 1.0. TAC de órbita muestra lesión ovoidea sólida, homogénea y bien definida de 22 x 22 mm intraorbitaria intraconal derecha lateral a Nervio óptico, con exoftalmos ipsilateral secundario. RNM de órbita sugestiva de hemangioma cavernoso.

RESULTADO

Se realiza tumorectomía retroorbitaria OD con abordaje transconjuntival perilimbar superior temporal sin desinserción del músculo recto lateral.

CONCLUSIONES

El hemangioma cavernoso es el tumor primario benigno más frecuente en la órbita del adulto. El diagnóstico se presupone por la clínica y técnicas de imagen. El diagnóstico definitivo se establece tras la extirpación del tumor y posterior estudio histopatológico del mismo. La cirugía con abordaje transconjuntival es una técnica con una invasión menor en tumores orbitarios, con buenos resultados estéticos, anatómicos y funcionales.



TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA MULTIMODAL: DE LA CórNEA A LA COROIDES

PÓSTER
DIGITAL

Abreu González R, Abreu Reyes JA
Centro de Oftalmología Abreu

INTRODUCCIÓN

La tomografía de coherencia óptica (OCT) es una modalidad de imagen médica, de no contacto, que se basa en la luz reflejada desde las diferentes tejidos oculares.

Inicialmente los sistemas de OCT se centraron en el estudio de la mácula y el nervio óptico, lo cual se ha ampliado con el avance de esta tecnología.

El objetivo de este trabajo es mostrar los diferentes tipos de imagen oct que se pueden obtener, utilizando un sistema de OCT multimodal como el Spectralis OCT (Heidelberg Engineering, Heidelberg, Germany) en todo el globo ocular.

DESARROLLO

Estudio transversal realizado en pacientes, en el Centro de Oftalmología Abreu. Todas las exploraciones tomográficas se realizaron con el sistema Spectralis OCT (Heidelberg Engi-

neering, Heidelberg, Germany), equipado con los módulos de segmento anterior y campo amplio, siendo todas realizadas por un único operador experimentado.

El análisis y procesado de las imágenes se realizó utilizando el propio software del sistema Spectralis OCT.

RESULTADO

Se presentan las diferentes imágenes tomográficas: córnea, esclera, ángulo rídicorneal, retina central, retina periférica, scan de 16 mm, angiografía por oct, enface-oct, segmentación de las capas de la retina, nervio óptico, 3D retiniano y de la papila, haz papilo-macular, coroides y retinografía confocal de 30° y 55°.

CONCLUSIONES

El OCT multimodal Spectralis OCT (Heidelberg Engineering, Heidelberg, Germany) nos ofrece imágenes tomográficas de alta resolución de toda la anatomía ocular.

La OCT multimodal abre la exploración tomográfica integral de la patología ocular, con el uso de un único equipo, lo cual será de gran utilidad en las diferentes subespecialidades oftalmológicas.



MANEJO DE ESCLERITIS ASOCIADA A ENFERMEDAD SISTÉMICA

PÓSTER
DIGITAL

Agustino-Rodríguez J, Rocha Cabrera P, Losada Castillo MJ, Serrano García MA
Hospital Universitario de Canarias, La Laguna

INTRODUCCIÓN

La escleritis se asocia a enfermedades sistémicas en un 34-48%, y a Artritis Reumatoide (AR) en un 10-18% de los casos, siendo en estos casos de gravedad intermedia.

DESARROLLO

Mujer de 45 años con antecedentes personales de hipertensión, diabetes mellitus Tipo II, hipertipemia, hipertiroidismo, AR (2010, en tratamiento con metrotexate(MTX)), exotropía ojo derecho (OD) y ambliopía OD. Con antecedentes familiares (padre y hermana) de psoriasis. Camarera de profesión y hábito tabáquico. Presenta una escleritis aguda unilateral recidivante: 1ª crisis de escleritis en OD en 2010 (se realiza estudio sistémico diagnosticándosele una AR con factor reumatoide y Anticuerpos anticitrulinados positivos), 2ª crisis con panuveitis OD en 2012, 3ª en 2013 y 4ª 2014. En 2012 acude a nuestro servicio, en el que se controla la escleritis con corticoides y se aumenta la dosis de MTX para ahorrar en los primeros. Posteriormente tiene un brote de epiescleritis que se trata con bajas dosis de corticoides y ciclosporina A. Al no objetivarse una clara mejoría clínica, se trata con ciclofosfamida que controla el cuadro. En 2013 existe recidiva del cuadro de escleritis que se trata con Triamcinolona subtenoniana y corticoides vía oral. En 2014 presenta epiescleritis y edema macular quístico (EMQ) OD que es tratado con corticoides, inyección de triamcinolona subtenoniana y ciclosporina A. Se considera, junto con el servicio de Reumatología, la terapia biológica con Rituximab para mejorar el control del cuadro inflamatorio. Unos meses después existe empeoramiento del EMQ y papilitis en OD por lo que se administra implante de dexametasona intravítreo con buen control del cuadro en la actualidad.

CONCLUSIONES

El manejo del paciente con uveítis, es en principio, difícil. Por ello, es imprescindible individualizar el tratamiento ajustándolo a cada paciente. No obstante, en la literatura podemos encontrar algunos principios básicos que rijan nuestro manejo como son: tolerancia cero con la inflamación, ser fiel a un algoritmo terapéutico y usar las dosis suficientes y suficientemente pronto.



MANEJO DE LA DISTROFIA DE SCHLICHTING

Agustino-Rodríguez J, Rocha Cabrera P, De Armas Ramos E, Martín Barrera F
Hospital Universitario de Canarias, La Laguna

PÓSTER
DIGITAL

INTRODUCCIÓN

La distrofia de Schlichting es un trastorno de herencia autosómica dominante, suele iniciarse durante la primera década aunque al ser frecuentemente asintomática se suele identificar en una edad posterior. Consta de opacidades endoteliales y de la membrana de Descemet formando vesículas, bandas u opacidades difusas. También pueden presentar edema estromal, corectopia y adherencias iridocorneales finas. Puede producirse glaucoma.

DESARROLLO

Mujer de 45 años remitida por oftalmólogo privado por alteración endotelial. A la exploración se objetiva una agudeza visual de 1.0 difícil en ambos ojos. En la biomicroscopía se observan vesículas endoteliales múltiples difusas. La tonometría está dentro de la normalidad, así como el resto de la exploración. El recuento endotelial es de unas 800 células/mm² y muestra polimegatismo. De momento se mantiene una actitud expectante.

CONCLUSIONES

Debe realizarse un diagnóstico diferencial con el síndrome iridocorneal endotelial (ICE), en éste se ven modificaciones que no se limitan a la córnea. Además el ICE suele ser esporádico y unilateral. La distrofia de Schlichting puede asociarse a alteraciones del iris, glaucoma y síndrome de Alport.

Los casos asintomáticos no requieren tratamiento, salvo observación y examen de los familiares.



EVOLUCIÓN DE UN CASO DE SÍNDROME DE CHANDLER

Agustino-Rodríguez J, Medina Mesa E, Sánchez-Gijón González-Moro M, Martín Barrera F
Hospital Universitario de Canarias, La Laguna

PÓSTER
DIGITAL

INTRODUCCIÓN

El síndrome iridocorneal endotelial comprende un espectro de trastornos que combinan alteraciones progresivas del endotelio, iris y ángulo iridocorneal. Si bien su patogenia es desconocida, parece estar relacionada con un clon anómalo de células endoteliales que asemeja las características de células epiteliales. Se endoteliza en grados variables el ángulo

lo iridocorneal y la superficie del iris. Suele ser más frecuente en mujeres de mediana edad y casi siempre es unilateral. La presentación frecuente se caracteriza por discoria, con o sin glaucoma y grado variable de edema corneal.

Se distinguen tres tipos clínicos: **atrofia esencial del iris** (se produce discoria, corectopia y policoria por la atrofia progresiva), **síndrome de Chandler** (predomina la disfunción endotelial) y **Síndrome de Cogan-Reese** (Sd. Del nevus iridiano, con múltiples nódulos pigmentados en iris).

DESARROLLO

CASO CLÍNICO

Mujer de 37 años que acude por irregularidad pupilar de ojo izquierdo (OS) progresiva de 1 año de evolución. A la exploración se objetiva una agudeza visual (AV) de 1.0 en ambos ojos (OU), normorreactividad pupilar OU, sinequias iridoendoteliales en OS a las 9 y a las 3 horas. La tonometría era de 15 mm Hg en ojo derecho (OD) y de 10 mm Hg en OS. Resto de la exploración dentro de la normalidad. Durante los 10 años de seguimiento la presión intraocular (PIO) se ha mantenido sin alteraciones, pero han ido progresando las sinequias con la consiguiente progresión de la discoria. Esto ha provocado problemas de deslumbramiento nocturno y leve dificultad en la AV del OS que se mantiene en 1.0 difícil.

Afectación endotelial se observa en la microscopía especular, mostrando las células ICE. Suelen ser algo mayores y parecen el negativo de las células normales, con un área oscura central y un área clara periférica. Diferentes densidades...

Cuatro patrones de distribución: total, subtotal plus, subtotal minus y diseminado.

CONCLUSIONES

En el diagnóstico diferencial ha de incluirse la distrofia polimorfa posterior (PPD), así como otras causas de edema corneal unilateral.

Tratamiento del glaucoma puede responder inicialmente a medicación hipotensora, pero normalmente requerirá de cirugía filtrante. El tratamiento del edema corneal, se hará mejorando el control de la PIO si éste es el desencadenante o bien, con una queratoplastia penetrante o endotelial si es debido a fallo de éste. La transparencia del injerto a largo plazo dependerá del buen control de la PIO.



NEUROPATÍA ÓPTICA TÓXICO-NUTRICIONAL ATÍPICA Y ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE: DOS ENFERMEDADES Y UNA MISMA CAUSA

Díaz Rodríguez R, Rodríguez Gil R, Abreu Reyes P

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

**PÓSTER
DIGITAL**

INTRODUCCIÓN

La neuropatía óptica tóxico-nutricional (NOTN) es una entidad rara que describe la afectación visual debida al daño del nervio óptico (NO) producido por una toxina y por déficits nutricionales. El consumo de alcohol ejerce un efecto tóxico directo sobre el NO y, además, está

asociado a un déficit de la ingesta alimentaria que origina un déficit de vitaminas del grupo B, especialmente vitamina B1 o tiamina, principal implicada en la encefalopatía de Wernicke.

DESARROLLO

Varón de 48 años que acude a urgencias por disminución progresiva y bilateral de la agudeza visual, de 3 días de evolución. Refería consumo de alcohol a dosis tóxicas y tabaquismo (1 cajetilla /día), así como haber aumentado el consumo de alcohol en los últimos días. La exploración física mostraba estado de desnutrición y confusión, con aumento de la base de sustentación. La exploración neurooftalmológica mostró una agudeza visual(AV) de 0.2 en ojo derecho(OD) y 0.1 en ojo izquierdo(OI) y nistagmus horizonte-rotatorio en la mirada extrema de forma bilateral. En la funduscopia se objetivaron unas papilas edematosas demostradas con OCT, tortuosidad vascular moderada y alguna hemorragia en llama peripapilar.

RESULTADO

Dados los antecedentes del paciente, las alteraciones visuales, la marcha atáxica y la confusión, se remitió al paciente a neurología con la sospecha de encefalopatía de Wernicke, con NOTN asociada, confirmando el diagnóstico tras un estudio sugerente, la exclusión de otras patologías y una buena evolución tras la instauración de tratamiento multivitamínico. Tras 1 mes de tratamiento se resolvió el edema de papila y las alteraciones en la OCT, alcanzando una AV de 0.7 y 0.5 en OD y OI respectivamente.

CONCLUSIONES

La NOTN es una entidad que se presenta con pérdida de la AV subaguda e indolora y que se acompaña de una papila típicamente atrófica. Nuestro paciente presenta un caso atípico, dado el edema de papila y la presentación aguda del cuadro, que sugieren la no cronicidad del mismo, aportando un mejor pronóstico. Esta teoría se ve apoyada por la buena respuesta al tratamiento multivitamínico, cuya instauración precoz, además de la eliminación del tóxico, creemos de vital importancia de cara al pronóstico visual de este tipo de pacientes.



SÍNDROME DE USHER Y DIABETES MELLITUS: EVOLUCIÓN EN 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO

PÓSTER
DIGITAL

Pérez Muñoz DC, Rubio Rodríguez CG, Gil Hernández MA, Abreu Reyes P

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Usher es la causa más frecuente de asociación de sordera y ceguera hereditaria en los humanos. Implica sordera neurosensorial, retinosis pigmentaria y, en algunos casos, disfunción vestibular. Su transmisión es autosómica recesiva y tiene una prevalencia entre 3,8-4,4/100.000 habitantes.

DESARROLLO

Se presenta el caso de una paciente mujer de 40 años diagnosticada en la infancia de retinosis pigmentaria, hipoacusia profunda y de diabetes mellitus insulino dependiente a los 4 años de edad, en seguimiento desde hace 5 años en nuestro servicio. En la primera visita, la agudeza visual (AV) era de 0.6 en ambos ojos, en el polo posterior presentaba pigmentación retiniana en "espículas óseas" en retina periférica, alteración del epitelio pigmentario de la

retina y atrofia en el área macular, así como vasos filiformes en ambos ojos. Su hemoglobina glicosilada era de 9.2%. En el estudio neurofisiológico se apreció afectación retiniana bilateral, con afectación de conos y bastones de intensidad moderada-severa y afectación óptica bilateral de intensidad leve-moderada. Se realizó estudio genético que confirmó el diagnóstico de síndrome de Usher. Se ofreció a los familiares la posibilidad de realizarse el estudio genético, aceptándolo todos los miembros de la familia.

RESULTADO

Tras 5 años de seguimiento, en la exploración del polo posterior no se observa empeoramiento de la retinosis pigmentaria ni signos de retinopatía diabética, apreciándose en el polo anterior el desarrollo de catarata subcapsular posterior en ambos ojos, siendo la AV de 0.3 en ambos ojos.

CONCLUSIONES

Durante los cinco años de seguimiento la exploración del polo posterior permaneció estable y sin signos de retinopatía diabética, a pesar de haber sido diagnosticada de diabetes mellitus en la infancia. Debido a que el síndrome de Usher es una enfermedad hereditaria, es recomendable explorar a los familiares y es fundamental realizar consejo genético.



¿QUÉ PODEMOS ENCONTRAR TRAS UNA BAJA AV EN LA INFANCIA?

PÓSTER
DIGITAL

Rodríguez Gil R, Acosta Acosta B, Afonso Rodríguez A

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

INTRODUCCIÓN

Los tumores de las vías ópticas representan más del 75% de estos tumores se presentan durante los primeros 10 años de vida, diagnosticándose la mayoría en niños de 5 años de edad o menos, y representan el 5% de los principales tumores del SNC en niños.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 5 años de edad que acude a revisión por baja AV bilateral para valoración. En la exploración se aprecia un defecto refractivo de +2.00 y +2,25 respectivamente con una AVcc de cuenta dedos a 4 metros. Tras la exploración se aprecia un polo anterior normal y a la fundoscopia podemos observar una marcada palidez papilar de predominio temp y una excavación de 0,3.

OCT CFNR se aprecia una marcada atrofia.

Se realiza PEV, ERG y RNM dada la baja AV y la palidez papilar encontrándose una neuritis óptica mixta y una neuro imagen compatible con un glioma del NO con afectación predominantemente quiasmática, cintillas ópticas y radiaciones hasta los talamos laterales y del NO izq retroorbitaria.

No se han encontrado hallazgos compatibles con una neurofibromatosis.

CONCLUSIONES

Debemos destacar la importancia de una buena exploración oftalmológica, debido a que en muchas ocasiones somos la primera consulta en estos pacientes, ya que nos darán la clave diagnóstica de patología con implicaciones vitales importantes.



TUMOR MALIGNO PLEOMÓRFICO ULCERADO EN PÁRPADO SUPERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

PÓSTER
DIGITAL

Garrote Ramos VS, Díaz Rodríguez R, Delgado Miranda JL, Acosta Acosta B
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

INTRODUCCIÓN

Presentación de un caso de tumor maligno “colgante” de párpado superior ojo izquierdo con alto pleomorfismo celular y nuclear.

DESARROLLO

Paciente de 52 años con antecedente de orquiectomía hace 10 años en Francia por carcinoma testicular indiferenciado con características neuroendocrinas, con metástasis pulmonares múltiples y suprarrenales bilaterales, masa renal izquierda con trombosis extensa de vena renal ipsilateral con extensión a VCS intrahepática, lesión lítica escafoidea de mano izquierda y plaquetopenia severa autoinmune. Presenta tumor “colgante” de borde de párpado superior ojo izquierdo con biopsia excisional de 3 x 2 x 2,2 mm. Valoración oftalmológica dentro de límites normales.

RESULTADO

Se realiza resección y cauterización en base tumoral. En el estudio AP se muestra un tumor maligno con elevado pleomorfismo celular y nuclear, con intensa inmunoreactividad a Melan A (cerca al 80% de las células tumorales) y Vimentina, inmunoreactividad focal en forma de gota paranuclear a Cam 5.2. Inmunoreactividad citoplasmática de intensidad moderada a alfa-inhina (en el 50% de células tumorales) y calretinina (en el 40% de células tumorales), sinaptofisina (tumores neuroendocrinos) y Rcl-2. Negativo para prodolanina, CD10, CD56, proteína S 100 y HMB45.

CONCLUSIONES

Ante a inmunoreactividad de Melan A se plantea posibilidad de melanoma, pero la negatividad de proteína S-100 y HMB15 hace poco probable el diagnóstico. La expresión de Melán A es habitual en tumores de la corteza suprarrenal y de cordones sexuales tanto ováricos como testiculares, dado los antecedentes se plantea probable origen de tumor de cordones sexuales como tumor primario (aunque suele expresar proteína S-100). Según el estudio con inmunofenotipo con coexpresión con vimentina, melan A, alfa-inhina y calretinina es compatible con tumor de origen en suprarrenales, que además pueden expresar sinaptofisina en ausencia de cromogranina, sin embargo no se asegura con certeza.



NEURITIS ÓPTICA INFLAMATORIA RECURRENTE CRÓNICA. CASO CLÍNICO

PÓSTER
DIGITAL

Pinto Herrera C, Santos Bueso E, Vinuesa Silva MJ, García Sánchez J
Hospital Universitario de Canarias, La Laguna

INTRODUCCIÓN

La neuritis óptica inflamatoria recurrente crónica (CRION) es una entidad de reciente aparición, que no se asocia a enfermedad sistémica. Se caracteriza por episodios de dolor ocular y disminución de la agudeza visual, que responden adecuada y rápidamente a los corticoides, reapareciendo los síntomas al descender la dosis de tratamiento.

DESARROLLO

Caso clínico: Paciente mujer de 25 años de edad que en el periodo de 5 años ha presentado 4 episodios de neuritis óptica en ojo izquierdo. Dichas crisis se caracterizaban por cefalea, dolor a la motilidad ocular y disminución importante de la agudeza visual. Los episodios fueron controlados con tratamiento corticoideo intravenoso y posteriormente vía oral en pauta descendente, reapareciendo la citada sintomatología al disminuir la dosis de corticoides. Se descartó posible etiología autoinmune, infecciosa y desmielinizante, realizándose el diagnóstico de CRION por exclusión. Actualmente, se encuentra asintomática con tratamiento corticoideo vía oral cada 48 horas.

CONCLUSIONES

El conocimiento del CRION y su diagnóstico precoz es de suma importancia en los pacientes afectos pues, con los corticoides, la sintomatología del episodio agudo mejora rápidamente y dicho tratamiento ayuda a mantener periodos largos de remisión, evitando así posibles repercusiones visuales.

NIEVE VISUAL. CASOS CLÍNICOS

PÓSTER
DIGITAL

Pinto Herrera C, Santos Bueso E, Vinuesa Silva MJ, García Sánchez J
Hospital Universitario de Canarias, La Laguna

INTRODUCCIÓN

La nieve visual (NV) o visual snow, es un síntoma que consiste en la percepción de puntos blancos y negros en todo el campo visual, simulando la visión de la pantalla de un televisor analógico desconectado a la antena. Principalmente, la NV se ha asociado a la presencia de migraña pero, la tendencia actual es a considerarlo una entidad por sí mismo, que puede presentarse de manera aislada o asociado a otros síntomas como palinopsia, fotofobia o fenómenos entópicos, entre otros. La NV puede estar presente durante años, interfiriendo de manera severa en la vida diaria de los pacientes.

DESARROLLO

Caso clínico 1: Varón de 68 años de edad, como antecedentes personales destaca hipertensión arterial e hiperplasia prostática benigna, que presenta nieve visual continua desde hace 8-10 años que aumenta en condiciones de baja luminosidad, asociada a fenómenos entópicos, con migrañas anuales. No ha respondido a los tratamientos pautados.

Caso clínico 2: Varón de 35 años de edad que presenta nieve visual continua desde hace 3 años que aumenta en condiciones de baja iluminación asociada a miodesopsias, desenfoque y fluctuaciones de la agudeza visual. Refiere empeoramiento en superficies oscuras. No ha respondido a tratamiento pautado.

CONCLUSIONES

La NV es una entidad que debe ser conocida por distintos especialistas como neurólogos, psiquiatras y oftalmólogos, entre otros. De esta manera, al saber de la existencia de esta enfermedad, podremos diagnosticarla, evitando así etiquetas erróneas tales como la simulación o los trastornos psicógenos. Además, en una entidad en la que los tratamientos son poco efectivos, parece vital entender esta patología y poder así transmitir tranquilidad a nuestros pacientes.



HIPERTENSIÓN OCULAR EN UN CASO DE TOXOPLASMOSIS CORIORRETINIANA

PÓSTER
DIGITAL

O'Shanahan Navarro G, Espinosa Barberi G, García Oliua I

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

La toxoplasmosis ocular es la causa más frecuente de uveítis posterior, representando el 50% de los casos, la forma más frecuente de presentación es la recurrente, en la que al romperse los quistes del parásito alojado en la retina se produce una retinitis, generalmente adyacente a una cicatriz coriorretiniana.

DESARROLLO

Se presenta el caso clínico de una mujer de 61 años, que acude para sus revisiones rutinarias del tratamiento con hidroxiclороquina por una enfermedad mixta del tejido conectivo. Presenta una agudeza visual disminuida en el OI, una presión intraocular de 32 y en la biomicroscopia se objetivan precipitados endoteliales gruesos. Al fondo de ojo se pudo apreciar una vitritis moderada y foco blanquecino de coriorretinitis con bordes necróticos. Se realiza PCR de humor acuoso que resulta positiva para toxoplasma gondii por lo que se instaura el tratamiento apropiado).

CONCLUSIONES

La principal herramienta diagnóstica en casos de toxoplasmosis ocular es la clínica, pero actualmente se puede realizar una confirmación mediante la detección de antígenos en humor acuoso y/o vítreo por PCR. El cuadro inflamatorio ocular se debe a una reacción de hipersensibilidad que involucra a diferentes estructuras, por lo que se puede decir que éste es el mecanismo fisiopatológico por el que se produce el aumento de la PIO.



PROYECTO RETISALUD: UNA MEJORÍA EN EL SEGUIMIENTO DE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA

PÓSTER
DIGITAL

Peñate Santana H, Espinosa Barberi G, Tandon Cárdenes L

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus presenta una prevalencia en la Comunidad de Canarias del 20%, se trata de la principal causa de ceguera en países industrializados, por lo que es catalogada como un problema de salud pública. Debido a estos datos, el Servicio Canario de Salud ha elaborado un proyecto llamado Retisalud que se basa en la realización de una retinografía al año en pacientes diabéticos conocidos en su centro de salud de referencia y cuyos resultados serán analizados y enviados al servicio de oftalmología pertinente en caso de encontrarse datos patológicos y/o sugerentes para un mejor control e instauración del tratamiento en caso de necesitarse.

DESARROLLO

Se presenta el caso clínico de un varón de 35 años con diabetes mellitus de más de 20 años de evolución con mal control glucémico, cuya retinografía es remitida por el servicio de endocrinología por presentar datos sugerentes de proliferación. Al valorarse el fondo de ojo se aprecia una retinopatía diabética proliferativa en ambos ojos en fase de remisión, sin afectación macular, por lo que se decide panfotocoagular y posteriormente realizar una angiografía para conocer evolución del tratamiento.

CONCLUSIONES

La incorporación de la retinografía en atención primaria ha incrementado el número de pacientes con exploración de fondo de ojo realizada con la periodicidad recomendada para detectar precozmente la retinopatía diabética, optimizando la continuidad asistencial con los hospitales de referencia mediante medidas consensuadas de coordinación para su abordaje.



TOXOPLASMOSIS OCULAR ADQUIRIDA EN NUESTRO MEDIO. REVISIÓN DE CASOS

PÓSTER
DIGITAL

Rubio Rodríguez CG, Rodríguez Gil R, Pérez Muñoz D

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

INTRODUCCIÓN

Analizar las características clínicas de los paciente evaluados por toxoplasmosis ocular adquirida en la unidad de uveítis de nuestro hospital.

DESARROLLO

Estudio descriptivo transversal, de los pacientes diagnosticados de toxoplasmosis ocular adquirida en la unidad de uveítis de nuestro hospital entre los años 2009 y 2016. La recogida de datos se realizó mediante el análisis de la historia clínica electrónica. Se recopiló información acerca de las siguientes variables: edad, sexo, raza, ojo afecto, agudeza visual (AV) inicial y final, forma clínica de presentación, tratamiento tópico y sistémico, tiempo de recuperación, complicaciones oculares y necesidad de cirugía.

RESULTADO

Se analizaron un total de 14 ojos de 14 pacientes. La edad media de los pacientes fue de 26 años resultando más frecuente en mujeres (64.28%). El 42.85% de los paciente eran inmigrantes procedentes de Sudamérica. Las formas de presentación encontradas fueron primo-infección y reactivación de un foco antiguo (50% ambos), resultando la manifestación clínica ocular más frecuentes la uveítis posterior y la panuveítis (50% cada una). En el 100% de los casos la afectación fue unilateral. El tratamiento sistémico más utilizado fue Trimetoprim-sulfametoxazol (92.85%) acompañado de corticoides (100%). La asociación de Azitromicina se relacionó con la presencia de vitreítis y vasculitis. En el 21.43% se consideró necesario el tratamiento intravítreo con Clindamicina. Ningún paciente preciso de tratamiento quirúrgico por complicaciones asociadas.

CONCLUSIONES

Aunque nuestro grupo de paciente sigue un patrón similar a lo descrito en la literatura, encontramos sin embargo un alto porcentaje de primo-infección como manifestación de la toxoplasmosis ocular. A pesar de no existir consenso sobre cuál sería el tratamiento inicial más indicado, en nuestra muestra el Trimetoprim-sulfametoxazol fue el fármaco más empleado, así como su asociación con Azitromina y corticoides en los casos de vitreítis y vasculitis asociada.



MIASTENIA GRAVIS: OTRA FORMA DE PRESENTACIÓN

PÓSTER
DIGITAL

Hernández Marrero D, Acosta Acosta B, Rodríguez Gil R, Díaz Rodríguez R

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

INTRODUCCIÓN

La miastenia gravis (MG) es una enfermedad autoinmune caracterizada por debilidad muscular. A nivel ocular puede producir cualquier tipo de alteración de la motilidad ocular extrínseca, pudiendo simular una parálisis de par craneal. Su presentación, en forma de paresia del IV par craneal (pc) aislado, constituye una forma atípica en su debut.

DESARROLLO

Se presenta el caso de una mujer de 37 años con único antecedente de asma que acude urgente por diplopia vertical binocular aguda. En la exploración se observa una paresia del oblicuo superior del ojo izquierdo, sin ptosis ni alteración del reflejo pupilar. Dos meses más tarde, la paciente muestra una paresia del oblicuo superior del ojo contralateral así como aumento en la desviación del primer ojo afecto, apareciendo posteriormente una ptosis bilateral asimétrica. Ante este cuadro se sospecha miastenia gravis, cuya respuesta clínica ocular resulta favorable al tratamiento específico.

RESULTADO

Nos encontramos ante un caso poco frecuente de pseudoparálisis del IV pc bilateral como debut de MG. Las pruebas mostraron negatividad para los autoanticuerpos, no evidencia de timoma y estudio jitter sugestivo de afectación de placa motora. La respuesta clínica ocular ha sido favorable al tratamiento específico no presentando diplopia en la actualidad, aunque la enfermedad ha generalizado.

CONCLUSIONES

Se deberá sospechar MG ante cualquier afectación de la motilidad ocular extrínseca con preservación del reflejo pupilar, haya o no ptosis. Por tanto, ante una afectación aislada del IV pc, aunque poco frecuente, deberá tenerse presente la MG como parte del diagnóstico diferencial.



QUISTE IRIDOCILIAR DISLOCADO A CAVIDAD VÍTREA: UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA PARA SU DIAGNÓSTICO

PÓSTER
DIGITAL

Hernández Marrero D, Abreu González R, Kalitovics Nobregas N, Abdul Razzak Sultan H
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

INTRODUCCIÓN

Los quistes primarios del epitelio pigmentario del iris se localizan con mayor frecuencia a nivel del surco iridociliar, siendo necesaria con mucha frecuencia la biomicroscopía ultrasónica (BMU) para su detección. Sin embargo, la BMU puede no detectar un quiste que se haya dislocado a cavidad vítrea, así como también puede pasar desapercibido a la ecografía convencional si su localización es muy anterior en el vítreo o presenta un tamaño muy pequeño. En estos casos, la tomografía de coherencia óptica (OCT) puede ser útil para su estudio y diagnóstico.

DESARROLLO

Se presenta el caso de una mujer de 12 años, sin antecedentes personales de interés ni historia de traumatismo, en cuya revisión rutinaria oftalmológica se detecta como hallazgo asintomático una lesión de aspecto quístico y de color marrón flotando libremente en vítreo anterior de su ojo izquierdo. Se realiza una ecografía ocular que no permite visualizar esta estructura, así como una BMU que no detecta otras lesiones quísticas iridianas en ese ojo ni en el contralateral, no pudiendo ser posible tampoco visualizar dicha lesión vítrea. Debido a su localización anterior, se decide realizar una OCT mediante Cirrus®HD-OCT (Carl Zeiss Mediatec, Dublin, CA, EE.UU) para determinar sus características.

RESULTADO

La OCT, mediante el protocolo de adquisición Anterior Segment 5-Line Raster, permitió visualizar la lesión que confirmó su carácter quístico así como puso de manifiesto sus características: presentaba dos hemilóbulos, siendo uno de ellos multilobulado; la pared externa y las internas mostraron hiperreflectividad debido a la presencia de pigmento, así como hiporreflectividad interna del interior de las cavidades.

CONCLUSIONES

La versatilidad y fácil disponibilidad de la OCT permite el estudio de aquellos quistes iridociliares dislocados a cavidad vítrea que no pudieran ser estudiados mediante ecografía convencional o BMU.



Resúmenes de comunicaciones

**XIII Congreso
de la Asociación de
ENFERMERÍA
OFTALMOLÓGICA
de Canarias**

IMPLICACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL QUERATOCONO

Mahmoud Chbih O

Eurocanarias Oftalmológica

COMUNICACIÓN
ORAL

INTRODUCCIÓN

Se hablara de el QUERATOCONO que es una enfermedad que afecta a la cornea, prouocando una deformidad que hace que las personas pierden visión.

METODOLOGÍA

Se hará mediante una presentación en Power Point.

RESULTADO

Se explicara el queratocono y como enfermería podría implicarse en ello.

CONCLUSIONES

Muchas personas desconoces esta patología y por ello, es importante que enfermería elabore una plan de información y preventivo dirigido a toda la población

PALABRAS CLAVE

Queratocono



EVOLUCIÓN PROCEDIMENTAL DE LAS INTERVENCIONES INTRAVÍTREAS EN EL HOSPITAL DR. NEGRÍN

COMUNICACIÓN
ORAL

Quintana Nuez P, Santana Santana E, Jiménez Díaz I

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se aborda la evolución procedimental de las intervenciones intravítreas llevadas a cabo en el Hospital Universitario Doctor Negrín, desde el campo de la enfermería.

DESARROLLO

La praxis, hoy en día, se realiza en una sala adecuada para ello, lo cual es más operativo ya que se optimizan recursos y procedimientos.

Actualmente contamos con bolsas esterilizadas para cada intervención, una con el material fungible y otra con un set de intravítrea con el material necesario para la intervención.

Para la preparación previa a la intervención del paciente, actualmente se le administra un amprazolam 0,25 sublingual, un anestésico oftalmológico doble, povidona yodada diluida en suero fisiológico (5ml SF/5ml PY) en conjuntivo y se le proporcionan un gorro y unas calzas.

Otra parte importante de la intervención es el trato con los pacientes, siendo de vital importancia el aspecto emocional. Para ello se trabajará desde la empatía y la asertividad (preguntar cómo se encuentran, si ha observado algún cambio en el ojo, etc.) procurando

La relajación del paciente antes de la intervención. Posteriormente se les explicará el procedimiento con naturalidad procurando que el paciente este calmado.

Finalmente, al acabar la intervención se acompaña al paciente con su acompañante y se les explica las recomendaciones a seguir, además de dejárselas por escrito y de entregarle un colirio antibiótico.

RESULTADO

Ahorro tiempo de intervención, ahorro de recursos humanos, ahorro de recursos económicos, menor ansiedad en los pacientes.

CONCLUSIONES

Concluimos que se ha logrado una relación paciente-personal más cercana, lo cual facilita la predisposición de los pacientes a la intervención y minimiza las posibilidades de ansiedad previa a la misma, así como también un mayor grado de satisfacción postoperatorio y un menor índice de infección, todo esto acompañado de un menor gasto de recursos tanto económicos como humanos.



OCT... NUESTRO RETO

García Marín N, Andreu Fenoll M

Hospital Universitario La Fe, Valencia

COMUNICACIÓN
ORAL

INTRODUCCIÓN

La tomografía de Coherencia óptica se ha convertido en una herramienta ya imprescindible en una consulta de oftalmología, especialmente en la sección de retina, por su gran utilidad en el seguimiento de las patologías agudas y crónicas que padecen los pacientes en ella tratados. Por ello es importante conocer qué es, qué ventajas nos aporta y cómo debemos utilizarla.

METODOLOGÍA

La finalidad de este trabajo es conseguir establecer unos patrones básicos de utilización de la OCT que se adecuen a la patología presentada por el paciente, de tal manera, que al llevar a cabo la prueba podamos conseguir la máxima información posible que ayude a confirmar o descartar las sospechas y dar con el diagnóstico definitivo

RESULTADO

Llevar a cabo una prueba como la OCT no es complicado, la dificultad recae a la hora de descubrir en qué campo hay que buscar las anomalías según la clínica que relata el paciente y qué tipo de corte hay que utilizar para obtener la información más precisa posible, de tal manera que la prueba sea lo más resolutive y eficaz posible a la hora de valorar y diagnosticar al pacienteto.

CONCLUSIONES

¿Sabemos hacer correctamente OCT?, ¿podemos y estamos dispuestos a modificar nuestro hábito de trabajo para poder sacar el máximo partido a esta herramienta de tan gran

utilidad en nuestro trabajo diario, para ser, en definitiva, más eficientes y resolutivos en el menor tiempo posible?...vamos a intentarlo!

PALABRAS CLAVE

OCT, Retina, Anomalías, Interacciones



QUIRÓFANO INTELIGENTE DE CATARATAS

Mahmoud Chbih O

Eurocanarias Oftalmológica

**COMUNICACIÓN
ORAL**

INTRODUCCIÓN

Se hablara de los últimos avances en la cirugía de Catarata, con el llamado QUIRÓFANO INTELIGENTE. Este “quirófano” está formado por varios equipos que están perfectamente sincronizados y que hacen que las cirugías de catarata sean más seguras tanto para el cirujano como para el paciente.

METODOLOGÍA

Se hará mediante una presentación en Power Point.

RESULTADO

Se explicara la función del QUIROFANO INTELIGENTE en las cirugías de Cataratas.

CONCLUSIONES

Es importante que enfermería esté al tanto de los últimos avances en las cirugías de cataratas e involucrarse en ello.

PALABRAS CLAVE

Quirófano inteligente



LA BLEFAROPLASTIA: TRATAMIENTO FUNCIONAL PARA MEJORAR EL CAMPO VISUAL EN PTOSIS PARPEBRAL

PÓSTER DIGITAL

Rodríguez Pérez JE, Ramos Alayón R

Hospital Dr. José Molina Orosa, Lanzarote

INTRODUCCIÓN

La Blefaroplastia es la cirugía estética o cosmética de los párpados más demandada en estos tiempos. Actualmente para mejorar el campo visual (tratamiento funcional), en los párpados superiores se realiza esta técnica quirúrgica que consiste en reseca el exceso de piel en el párpado superior sin cicatriz visible, coincidiendo con el pliegue palpebral.

METODOLOGÍA

Estudio de observación de mujer de 81 años con ptosis parpebral bilateral que es intervenida de blefaroplastia, seguimiento al día siguiente, a los 15 días y a los 21 días.

RESULTADO

Cirugía mínimamente invasiva

Cicatriz invisible

No añade morbilidad

Grado de satisfacción bueno

CONCLUSIONES

Campo visual completo tras cirugía de blefaroplastia superior.



PAPEL CLAVE DE ENFERMERÍA Y OPTOMETRÍA EN EL CRIBAJE DE LOS PACIENTES CON CORIORETINOPATÍA SEROSA CENTRAL (CSC)

PÓSTER DIGITAL

Barba Franco YC, Vega López Z

Hospital de la Esperanza, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La CSC se trata de una patología corioretiniana basada en una alteración de la permeabilidad de los coriocabilares, que origina una alteración del epitelio pigmentario, causando un desprendimiento de la retina sensorial central.

Enfermedad autolimitada que en la mayoría de los casos se resuelve de forma espontánea, a pesar de ello, existen algunos pacientes donde las recidivas son constantes y la enfermedad acaba cronicando.

Enfermería juega un papel importante en esta patología, ya que participa tanto en la realización de las pruebas diagnósticas como en el tratamiento de la misma.

Pruebas diagnósticas: AV, C.V, OCT y AGF.

Tratamientos: IIV, TFD.

METODOLOGÍA

Se revisó la historia clínica de 30 pacientes, 27 hombres y 3 mujeres, con una edad medi 44 años.

Encontramos 16 con diagnóstico de CSC crónica y 14 de CSC aguda.

Analizamos la cadencia de visitación, las exploraciones complementarias asociadas (agudeza visual Test ETDRS, Tomografía de Coherencia Óptica (OCT), angiografía, campo visual), y los tratamientos médicos (Inyección intravítrea y Terapia Fotodinámica).

RESULTADO

La implicación directa de enfermería y optometría en la realización y cribado de las exploraciones complementarias, se traduce de forma directamente proporcional en la optimización del tiempo y los recursos empleados, así como, la homogeinización de la asistencia recibida por el paciente.

CONCLUSIONES

Los roles que implican a enfermería y optometría en el cribado de ciertas patologías crónicas redistribuyen la carga asistencial y mejoran la eficiencia del sistema sanitario en beneficio del usuario.

PALABRAS CLAVE

CSC: Corioretinopatía Serosa Central, AV: Agudeza Visual, EDTRS: Early Treatment Diabetic Retinopathy Study OCT: Tomografía de Coherencia Óptica, C.V: Campo Visual, "Campimetría", IIV: Inyección IntraVítrea, TFD: Terapia FotoDinámica, AGF:Angiografía



SECRETARÍA TÉCNICA



León y Castillo, 322 - Casa del Marino
35007 ■ Las Palmas de Gran Canaria
t 928 494 500 f 928 494 510
sco@airexpres.com ■ www.airexpres.com

ORGANIZAN



ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA
OFTALMOLÓGICA CANARIA

PATROCINAN

