

XLIX CONGRESO

SOCIEDAD CANARIA DE OFTALMOLOGÍA

XVII CONGRESO

ASOCIACIÓN ENFERMERÍA
OFTALMOLÓGICA CANARIA

RESILIENCIA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS OFTALMOLÓGICOS

02 JUN 2022
04 JUN 2022



HOTEL MASPALOMAS TABAIBA PRINCESS
MASPALOMAS

XLIX
CONGRESO
SCO
CANARIAS

PROGRAMA



SOCIEDAD CANARIA DE
OFTALMOLOGÍA





Secretaría Técnica:
Magna Congresos SL
sco2022@magnacongresos.es
www.magnacongresos.com
922 65 62 62

COMITÉ ORGANIZADOR

Dr. Pedro F. Valls de Quintana
Dra. Fayna Rodríguez González
Dra. Josefina Reñones de Abajo
Dr. Luis Tandon Cárdenes
Dr. Eduardo Jerez Olivera
Dr. Luis Cordovés Dorta
Dr. Rodrigo Abreu González

SECRETARÍA CIENTÍFICA

Dr. Rodrigo Abreu González
Dra. Haridián Peñate Santana
Dr. Ruymán Rodríguez Gil
Dr. V. Tinguaro Díaz Alemán
Dra. Josefina Reñones de Abajo

JUNTA DIRECTIVA SCO

Presidenta: **Dra. Cristina Mantolán Sarmiento**
Vicepresidenta: **Dra. Josefina Reñones de Abajo**
Secretario: **Dr. Ruymán Rodríguez Gil**
Tesorero: **Dra. Mariel Sánchez García**

Vocales:

Gran Canaria: **Dr. Pedro F. Valls De Quintana**
Tenerife: **Dra Alicia Pareja Ríos**
Lanzarote: **Dra. Ewelina Herman**
Fuerteventura: **Dra. Claudia Marcela Calió Conte**
La Palma: **Dra. María Teresa Álvarez Hernández**
La Gomera: **Dra. Blanca Montesinos Ventura**
El Hierro: **Dr. Francisco Andrés León Hernández**



Declarado de Interés Científico por:



Con el Reconocimiento de Interés Sanitario
de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias (Expediente RIS_1102)

Solicitada la Acreditación de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias

16:00-16:30

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN Y TENTEMPÍE

16:30-17:00

II CERTAMEN RETI MOVIL. ENTREGA DE PREMIO

Dra. M^a Antonia Gil Hernández

Dr. Alberto Afonso Rodríguez

Dña. Melania Nieto (Visufarma)

SIMPOSIOS

Moderan: Dr. Pedro Valls de Quintana / Dra. Cristina Mantolán Sarmiento

17:00-17:20

SIMPOSIO ESSILOR

LENSES STELLEST™: LA MEJOR SOLUCIÓN DE ESSILOR PARA RALENTIZAR LA PROGRESIÓN DE LA MIOPIA EN NIÑOS

Dña. Laura de Yñigo Mojado. *Directora Instituto Essilor. Madrid*

17:20-17:50

SIMPOSIO GSK

CAMBIOS EN EL EPITELIO CORNEAL DERIVADOS DEL USO DE ANTICUERPOS CONJUGADOS. ¿CÓMO LO ESTAMOS MANEJANDO?

Dr. Francisco León Hernández. *Hospital General de La Palma, La Palma*

Dr. Nicolás Alejandre Alba. *Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid*

17:50-18:10

PAUSA CAFÉ

18:10-18:40

SIMPOSIO BAYER

AFLIBERCEPT, DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS A LA PRÁCTICA CLÍNICA

Dr. Francisco Cabrera López. *CHUIMI, Gran Canaria*

Dr. Miguel Ángel Reyes Rodríguez. *Vithas Eurocanarias Instituto Oftalmológico*

18:40-19:15

SIMPOSIO GLAUKOS

OPTIMIZANDO LA CIRUGÍA TRABECULAR CON ISTENT INJECT W

Dr. José Manuel Navero Rodríguez. *ICR Institut Català de la Retina, Barcelona*

19:15-20:00

SIMPOSIO BRILL

IMPORTANCIA DE LAS MUCINAS EN LA SUPERFICIE OCULAR

Dra. Sara Miranda Fernández. *HUGC Dr. Negrín, Gran Canaria*

Dra. Glenda Espinosa Barberi. *ICR Institut Català de la Retina, Barcelona*

20:00-20:45

SIMPOSIO NOVARTIS

MI EXPERIENCIA CON BEOVU

Dr. Rodrigo Abreu González. *HUNSC, Tenerife*

Dr. Francisco Cabrera López. *CHUIMI, Gran Canaria*

Dr. Juan Donate López. *Hospital Clínico San Carlos, Madrid*

Dr. José Juan Escobar Barranco. *Hospital Dos de Maig, Barcelona*

21.00 -

CÓCTEL DE BIENVENIDA

- 08:30-09:00** **ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN**
- 09:00-10:30** **COMUNICACIONES ORALES Y VÍDEOS**
Moderan: Dr. Ruymán Rodríguez Gil / Dra. Josefina Reñones de Abajo
- 09:00-** **CUANDO APLICAR RETINA NO ES EL ÚNICO RETO. A PROPÓSITO DE UN CASO**
Alonso Pons, Vicent; Peñate Santana, Haridíán.
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas.
- 09:10-** **DACRIOADENITIS UNILATERAL SECUNDARIA A VACUNACIÓN FRENTE A SARS-COV-2**
Arteaga Henríquez, C., Guerrero Mártir, M., Medina Mesa, E., De Armas Ramos, E., Tapia Quijada, H.E., Gómez Perera, S., Rodríguez Marrero, S., Falcón Roca, R.
Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife.
- 09:20-** **MUCOPOLISACARIDOSIS Y SUS MANIFESTACIONES. REVISION Y DOS CASOS**
Gómez Perera S, Falcón Roca R, Arteaga Henríquez C, Rodríguez Marrero S, Gutiérrez Partida B.
Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife.
- 09:30-** **SÍNDROME DE EFUSIÓN CILIOCOROIDEO BILATERAL POR TOPIRAMATO**
Arteaga Henríquez, C., Guerrero Mártir, M., Medina Mesa, E., De Armas Ramos, E., Tapia Quijada, H.E., Gómez Perera, S., Rodríguez Marrero, S., Falcón Roca, R.
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.
- 09:40-** **PAPIEDEMA DE CAUSA VASCULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO**
Rodríguez Marrero S, Acosta Darias M, Falcón Roca R, Gómez Perera S, Arteaga Henríquez C.
Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife.
- 09:50-** **IRIS BOMBÉ CONSECUTIVO A VITRECTOMÍA VÍA PARS PLANA POR RE-DESPRENDIMIENTO DE RETINA**
Espinoza González, Juan Pablo; Siguero Martín, Leticia; Guedes Guedes, Isabel; Estévez Jorge, Beatriz; Trujillo Blanco, Maricela; Olivera, Maximiliano.
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.
- 10:00-** **SI NO ES UNA TRACCIÓN VÍTREA MACULAR, ¿QUÉ ES?**
Alberto Pestano, María; Serrano García, Miguel Ángel; Pérez-LLombet Quintana, Nicolás; Fabelo Hidalgo, Isabel; Quezada Peralta, Gonzalo; Gil Hernández, María Antonia.
Centro de Enfermedades Oculares Serrano/ Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

10:10-

HEMORRAGIA SUBRETINIANA MACULAR EN EL CONTEXTO DE UN SÍNDROME DE GRÖNBLAD-STRANDBERG: A PROPÓSITO DE UN CASO

Valls Alonso, P; Sola La Serna, E; Espinoza González, J; Hernández Ruiz, S. Siguero Martín, L; Goya González, C.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

10:20-

SÍNDROME DE EFUSIÓN UVEAL POR TOPIRAMATO

Cáceres Herrera N, Alemán Pérez A, Alonso Pons V, Ogando González RI, Santana Lorenzo A, Álvarez González E, Peñate Santana H, Tejera Santana M.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas.

10:30-

HAMARTOMA CONGÉNITO SIMPLE DEL EPITELIO PIGMENTARIO DE LA RETINA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ogando González, R. MD, Reyes Rodríguez, M. PhD, Peñate Santana, H. PhD.

Cáceres Herrera, N. MD, Alemán Pérez, A. MD, Álvarez-González, E. MD, Alonso Pons, V. MD.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas.

10:30-11:30

MESA REDONDA

INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN OFTALMOLOGÍA. DEL CONCEPTO A LA APLICACIÓN

Modera: Dr. Rodrigo Abreu González

- Conceptos básicos en IA para oftalmólogos

Dr. Maximiliano Olivera. *Serv. de oftalmología,*

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Gran Canaria

- IA en retina para la práctica clínica

Dr. Juan Donate López. *Serv. de oftalmología,*

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

- IA y análisis colorimétrico del nervio óptico

Prof. Manuel Antonio González De la Rosa. *Insoft S.L., Tenerife*

11:30-12:00

PAUSA CAFÉ

12:00-13:15

MESA REDONDA

UVEITIS: ASPECTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

Moderan: Dra. Fayna Rodríguez González / Dr. Miguel Ángel Reyes Rodríguez

- Pars Planitis ¿Cuándo operar?

Dr. Miguel A. Reyes Rodríguez. *Vithas Eurocanarias Instituto Oftalmológico, Gran Canaria*

- Toma de muestras en uveítis

Dra. Marta Tejera Santana. *Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Gran Canaria*

- Vogt Koyanagi Harada. Reconocimiento y manejo clínico

Dr. Ruymán Rodríguez Gil. *Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Tenerife*

- Tratamiento de las uveítis en el embarazo

Dr. Félix Francisco Hernández. *Hospital Universitario de GC Dr. Negrín, Gran Canaria*

13:15-13:45

CONFERENCIA

Modera: Dr. Pedro Valls de Quintana

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA VITREORETINOPATÍA PROLIFERATIVA

Dr. Carlos Mateo. *Instituto de Microcirugía Ocular de Barcelona*

13:45-14:00

INAUGURACIÓN OFICIAL DEL CONGRESO

Ilma. Sra. Dña Concepción Narváez. *Alcaldesa San Bartolomé de Tirajana*

Ilmo. Sr. D. Conrado Domínguez. *Director del Servicio Canario de Salud*

Dra. Cristina Mantolán. *Presidenta Sociedad Canaria de Oftalmología*

Dr. Pedro Valls. *Presidente del XLIX Congreso*

14:00-16:00

COMIDA DE TRABAJO

16:00-17:30

COMUNICACIONES ORALES Y VÍDEOS

Moderan: Dra. Haridián Peñate Santana / Dr. V. Tinguaro Díaz Alemán

16:00-

IMPLANTE DE ACETÓNIDO DE FLUOCINOLONA (ILUVIEN®) EN EL TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR DIABÉTICO: NUESTRA EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Guedes Guedes, I.I.; Cabrera López, F.A.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

16:10-

RELACIÓN ENTRE DENSIDAD CELULAR ENDOTELIAL E IMPLANTE DEL DISPOSITIVO XEN®; RESULTADOS PRELIMINARES

Pérez-Llobet Quintana, Nicolás; Capote Yanes, Eulalia; Álvarez Marín, Jorge; Bahaya Álvarez, Yasmín; Fabelo Hidalgo, Isabel; Gil Hernández, M Antonia.

Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, S/C de Tenerife.

16:20-

QUERATOPLASTIA ENDOTELIAL (DMEK): ANÁLISIS DE RESULTADOS EN LOS 25 PRIMEROS CASOS. SEGUIMIENTO HASTA 2 AÑOS

Ángel García García.

Vithas Eurocanarias Instituto Oftalmológico, Las Palmas.

16:30-

EVALUACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DEL EDEMA MACULAR DIABÉTICO DE LA EUROPEAN FOR ADVANCED STUDIES IN OPHTHALMOLOGY EN PRÁCTICA CLÍNICA
Fabelo Hidalgo I; Fernández Núñez E C; Pérez-Llombet Quintana N; Alberto Pestano M M; Alonso Plasencia M; Gil Hernández M A; Abreu González R.
Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, S/C de Tenerife.

16:40-

ENSEÑANDO FOTO COAGULACIÓN LÁSER RETINIANA GUIADO MEDIANTE RETINOGRAFÍA DE ULTRA CAMPO AMPLIO (UWF): UNA NUEVA FORMA DE APRENDER
Quezada Peralta, G; Alonso Plasencia, M; Rodríguez Gil R; Gil Hernández MA; Abreu González, R.
Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, S/C de Tenerife.

16:50-

ESTUDIO ENDOTELIAL EN CÓRNEA DONANTE PRE Y POST QUERATOPLASTIA. ¿QUÉ FACTORES INFLUYEN? ANÁLISIS RETROSPECTIVO.
Fabelo Hidalgo I; Capote Yanes E; Álvarez Martín J; Pérez-Llombet Quintana N; Gil Hernández M A.
Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, S/C de Tenerife.

17:00-

BROLUCIZUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE LA AFECTACIÓN VISUAL DEBIDA AL EDEMA MACULAR DIABÉTICO: RESULTADOS A 52 SEMANAS DE LOS ESTUDIOS KITE Y KESTREL
Abreu González, R¹; Escobar, JJ²; Brown, D³; Wolf, S⁴; Garweg, J⁵; Bandello, F⁶; Emanuelli, A⁷; Figueira, J^{8,9}; Gupta, V¹⁰; Ngah, NF¹¹; Liew, G¹²; Tuli, R^{13,14}; Wang, L¹⁵; Bouillaud, E¹⁵; Souied, E¹⁶

1. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, S/C de Tenerife. / 2. Hospital Dos de Maig, Barcelona / 3. Retina Consultant of Houston, EE.UU. / 4. Inselspital, Bern University Hospital, Bern, Suiza; 5. Berner Augenklinik am Lindenhofspital and Swiss Eye Institute, Bern, Suiza / 6. University Vita-Salute, Scientific Institute San Raffaele, Milan, Italia / 7. Emanuelli Research and Development Center, Arecibo, Puerto Rico, EE.UU. / 8. AIBILI - Association for Innovation and Biomedical Research on Light and Image, Azinhaga de Santa Comba, Celas, Coimbra, Portugal / 9. Faculty of Medicine, Coimbra Institute for Clinical and Biomedical Research (iCBR), Portugal / 10. Advanced Eye Center, Post Graduate Institute of Medical Education and Research, Chandigarh, India / 11. Hospital Shah Alam, Selangor, Malaysia / 12. Centre for Vision Research, Westmead Institute for Medical Research, University of Sydney, Australia / 13. University of Ottawa, Canadá / 14. The Retina Centre of Ottawa, Canadá / 15. Novartis Pharma A.G., Basel Suiza / 16. Hopital Intercommunal de Creteil, Créteil, Francia.

17:10-

EFFECTO DE LA CIRUGÍA DE CATARATAS CONVENCIONAL Y DE LA CIRUGÍA DE CATARATAS ASISTIDA POR LÁSER FEMTOSEGUNDO SOBRE EL NERVIÓ ÓPTICO Y LA MÁCULA
Reñones de Abajo J.; Antón López A; González Martín JM; Carreras Díaz H; Loro Ferrer JF.
Vithas Eurocanarias Instituto Oftalmológico, Las Palmas.

17:20-

QUIRÓFANO EXPERIMENTAL CON OJOS DE CERDO: WET-LAB EN EL HUGCDN
Peñate Santana, H; Alemán Pérez, A; Ogando González R; Álvarez González E; Cáceres Herrera N; Alonso Pons V; Santana Lorenzo A.
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas.

17:30-

ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO DE ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD CANARIA DE OFTALMOLOGÍA EN EL PERÍODO 2019-2022
Rodrigo Abreu González¹; Haridián Peñate Santana².
1. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, S/C de Tenerife.
2. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas.

17:30-18:45

MESA REDONDA

AVANCES EN TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA DE LA CÓRNEA
Moderan: Dr. Luis Tandón Cárdenes / Dr. Eduardo Jerez Olivera

- DMEK

Dr. Alberto Villarrubia Cuadrado. *Hospital La Arruzafa, Córdoba*

- Nuestra experiencia en DMEK

Dr. Ángel García García. *Vithas Eurocanarias Instituto Oftalmológico. Gran Canaria*

- DALK

Dr. Manuel Sánchez Gijón. *Hospital Universitario de Canarias, Tenerife*

- Cross-linking

Dr. Éric Álvarez González. *Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Gran Canaria*

- Anillos intraestromales

Dr. Eduardo Jerez Olivera. *Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Gran Canaria*

18:45-19:00

PAUSA CAFÉ

19:00-19:15

PRESENTACIÓN REVISTA ARCHIVOS SCO

19:15-19:45

CONFERENCIA MAGISTRAL

Moderan: Dr. Pedro Valls de Quintana / Dra. Cristina Mantolán Sarmiento

Dr. Borja Corcóstegui Guraya. *IMO Instituto de Microcirugía Ocular, Barcelona*

19:45-20:45

REUNIÓN ADMINISTRATIVA

ASAMBLEA DE LA SOCIEDAD CANARIA OFTALMOLOGÍA

21:15

CENA DEL CONGRESO

- 08:15-09:45** **DEFENSA DE PÓSTERS**
Moderan: Dr. Rodrigo Abreu González / Dra. Haridián Peñate Santana
- 08:15-** **ENDOTELITIS DIFUSA POR VIRUS HERPES SIMPLE. REPORTE DE UN CASO**
Siguero Martín L.; Jerez Olivera E.; Espinoza González J.P.; Pérez Álvarez J.; Toledo Monzón J.L.
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.
- 08:20-** **CIERRE ESPONTÁNEO DE AGUJERO MACULAR, REPORTE DE DOS CASOS**
Siguero Martín L.; Guedes Guedes I.I.; Rodríguez Melián L.; Castellano Solanes J.; Cabrera López F.
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.
- 08:25-** **OCCLUSIÓN CAROTÍDEA, CONSECUENCIAS OCULARES CLÍNICAS**
Alemán Pérez A, Peñate H, Álvarez González E, Ogando González R, Santana Rodríguez A, Alonso Pons V, Cáceres N.
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas.
- 08:30-** **EDEMA DE PÁPILA UNILATERAL EN UN NIÑO COMO HALLAZGO CASUAL**
Díaz Rodríguez Raquel, Suárez Morgade Mónica, Pérez William.
Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, S/C de Tenerife.
- 08:35-** **DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL PROGRESIVA UNILATERAL. CASOS CLÍNICOS**
Pinto Herrera, C; Rodríguez Gil, R; Afonso Rodríguez, A; Gil Hernández, MA.
Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, S/C de Tenerife.
- 08:40-** **LEISHMANIASIS PALPEBRAL, INUSUAL DIAGNÓSTICO Y ATÍPICA PRESENTACIÓN DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA**
Suárez Morgade M., Díaz Rodríguez R.
Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, S/C de Tenerife.
- 08:45-** **RETINOPATÍA ASOCIADA A CÁNCER EN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL**
Quezada Peralta, G; Pinto Herrera, C; Alberto Pestano M, Rodríguez Gil, R.
Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, S/C de Tenerife.
- 08:50-** **TRANSILUMINACIÓN AGUDA BILATERAL DEL IRIS (BATI): A PROPÓSITO DE UN CASO**
Arteaga Henríquez, C., Tapia Quijada, H.E., Gómez Perera, S., Rodríguez Marrero, S., Falcón Roca, R.
Hospital Universitario de Canarias, S/C de Tenerife
- 08:55-** **RETINOPATÍA FÓTICA : UNA PATOLOGÍA VIGENTE**
Espinoza González, Juan Pablo; Guedes Guedes, Isabel ; Siguero Martín, Leticia; Álvarez González, Eric.
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

- 09:00-** **DIAGNÓSTICO DE POLICITEMIA VERA A PARTIR DE UNA OBSTRUCCIÓN DE ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA**
Espinoza González, Juan Pablo¹; Guedes Guedes, Isabel¹; Siguero Martín, Leticia¹; Álvarez González, Eric²; Carmen Pueyo Asensio¹.
1. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.
2. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas.
- 09:05-** **SÍNDROME DE CHARLES BONNET. REMISIÓN POSTERIOR A CIRUGÍA DE CATARATA**
Suárez Morgade, M. Díaz Rodríguez, R.
Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, S/C de Tenerife.
- 09:10-** **OBSTRUCCIÓN DE ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA TRAS EMBOLIZACIÓN SELECTIVA DE LA ARTERIA MAXILAR INTERNA IPSILATERAL**
Santana Lorenzo, A; Rodríguez González, F; Valls de Quintana, P; Peñate Santana, H; Cáceres Herrera, N; Alemán Pérez A.
Hospital Universitario Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas.
- 09:15-** **ORBITOPATÍA TIROIDEA EN EDAD INFANTIL; CLÍNICA Y MANEJO BASADO EN NUESTRA EXPERIENCIA**
Fabelo Hidalgo I; Hernández Marrero D; Acosta Acosta B I; Delgado Miranda J L; Gil Hernández M A.
Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, S/C de Tenerife.
- 09:20-** **TÉCNICA QUIRÚRGICA DEL FLAP ESCLERAL EN LA FOSETA ÓPTICA**
Serrano García, Miguel Ángel, Alberto Pestano, María Magdalena.
Centro de Enfermedades Oculares Serrano, S/C de Tenerife.
- 09:25-** **RETINOPATÍA POR DREPANOCITOSIS; A PROPÓSITO DE UN CASO**
Pérez-Llobet Quintana, Nicolás; Rodríguez Gil, Ruymán; Gil Hernández, M Antonia.
Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, S/C de Tenerife.
- 09:30-** **UTILIDAD DE LA RETINOGRAFÍA DE CAMPO ULTRAAMPLIO PARA EL ESTUDIO DEL COLOBOMA CORIORRETINIANO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA**
Ogando González, R. MD, Cabrera Marrero, B. MD., Cabrera López, F. PhD.
Hospital Universitario Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas.
- 09:35-** **LA OCT-SA PARA EVALUACIÓN DE TRAUMATISMOS OCULARES**
Ogando González, R. MD, Álvarez González, E. MD. Tandón Cárdenes, L. MD, Álvarez González, E. MD. Peñate Santana, H. PhD.
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas.
- 09:40-** **SENSIBILIDAD RETINIANA Y FIJACIÓN FOVEAL EN POBLACIÓN SANA MEDIANTE MICROPERIMETRÍA**
Alberto Pestano, María Magdalena; Fernández Nuñez, Esly Consuelo, Durán Carrasco, Oswaldo; Pérez-Llobet Quintana, Nicolás, Abreu González, Rodrigo.
Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, S/C de Tenerife.

09:45-11:30

MESA REDONDA

SEGMENTO ANTERIOR: REFRACTIVA, CATARATAS Y GLAUCOMA

Moderan: Dr. Humberto Carreras Díaz / Dr. José Manuel Navero Rodríguez

- Lentes EDOF: bases ópticas y aplicación clínica

Dr. David Pérez Silguero. *Clínica Oftalmológica Pérez Silguero, Gran Canaria*

- Disfotopsias tras implante de LIO. Causas y prevención

Dr. Javier Rodríguez Martín / Dr. Manuel Sánchez Gijón. *Clínica Nivaria, Tenerife*

- Cirugía refractiva en glaucoma: ¿es posible?

Dr. José Manuel Navero Rodríguez. *ICR Institut Català de la Retina, Barcelona*

- Cirugía de cataratas asistida por láser femtosegundo

Dra. Josefina Reñones de Abajo. *Vithas Eurocanarias Instituto Oftalmológico, Gran Canaria*

- Glaucoma secundario a vitrectomía

Dr. V. Tinguaro Díaz Alemán. *Hospital Universitario de Canarias, Tenerife*

11:30-12:00

PAUSA CAFÉ

12:00-13:15

MESA REDONDA

AVANCES EN OFTALMOLOGÍA INFANTIL

Moderan: Dr. Pedro Valls de Quintana / Dr. Luis Cordovés Dorta

- Presente y futuro de las Distrofias Retinianas. Terapia génica

Dra. Cristina Irigoyen Laborra. *Hospital Universitario de Donostia*

- Retinopatía del prematuro. ¿AntiVEGF siempre? ¿Láser?

Dr. Francisco Espejo Arjona. *Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla*

- Cataratas congénitas

Dr. Luis Cordovés Dorta. *Hospital Universitario de Canarias, Tenerife*

- Actualización en miopía

Dra. Lidia Baeta Bayón. *Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Gran Canaria*

13:30

CLAUSURA DEL CONGRESO

ENTREGA DE PREMIOS





XLIX
CONGRESO
SCO
GRAN CANARIA

**SOCIEDAD CANARIA
DE OFTALMOLOGÍA 2022**

RESÚMENES DE COMUNICACIONES

**XLIX CONGRESO
SCO**

CUANDO APLICAR RETINA NO ES EL ÚNICO RETO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Alonso Pons, Vicent; Peñate Santana, Haridián.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas.

RESUMEN:

La comunicación consiste en la exposición y explicación de una cirugía realizada por parte del servicio de retina de mi hospital en un paciente varón de 15 años, natural de Ghana, con un desprendimiento de retina casi completo del OD, mejor agudeza visual de percepción de luz, sin tiempo de evolución definido y con signos de tracoma antiguos en el mismo ojo a pesar de no referir antecedentes patológicos.

lo que generó, a la hora de la intervención, diferentes problemas como la colocación del blefarostato, dificultad en la peritomía, mala visualización, etc.

En el post-operatorio se observó una mejor agudeza visual corregida final resultado de 0.2.

DACRIOADENITIS UNILATERAL SECUNDARIA A VACUNACIÓN FRENTE A SARS-COV-2

Arteaga Henríquez, C., Guerrero Mártir, M., Medina Mesa, E., De Armas Ramos, E., Tapia Quijada, H.E., Gómez Perera, S., Rodríguez Marrero, S., Falcón Roca, R.

Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife.

INTRODUCCIÓN:

A raíz de la actual pandemia se han descrito numerosas manifestaciones oftalmológicas relacionadas con el SARS-CoV-2 y/o su vacuna. Presentamos un caso único de dacrioadenitis crónica recurrente relacionada con la administración de la vacuna frente al SARS-CoV-2.

DESARROLLO:

Presentamos el caso de una mujer de 34 años con antecedentes de inmunodeficiencia común variable (IDCV), anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos calientes y portadora del Factor V de Leyden entre otros, referida por edema palpebral indoloro y unilateral de un mes de evolución. A su llegada había recibido tratamiento antihistamínico, anti-inflamatorio y antibiótico sin mejoría. Se realiza un TAC de órbitas en el cual se objetiva la tumefacción de la glándula lagrimal derecha. Las pruebas analíticas y el estudio inmunológico resultan normales, salvo las alteraciones propias de la IDCV ya conocida, y un consumo crónico de C3 en estudio. Se pauta tratamiento con Prednisona oral durante un mes sin respuesta. Ante esta situación, se decide realizar biopsia de la glándula lagrimal para descartar proceso neofornativo. La anatomía patológica resulta compatible con una dacrioadenitis crónica sin hallazgos específicos. El cuadro se resuelve tras dos meses de tratamiento con Prednisona oral en pauta lenta descendente. Al cabo de unos meses, la paciente presenta nuevo episodio de similares características. A la anamnesis destaca la asociación de ambos episodios con la administración de la vacuna frente al SARS-CoV-2 aproximadamente un mes antes del inicio de cada uno de los cuadros.

RESULTADO:

Tras descartarse otras causas, el conocimiento de las fechas de vacunación y su secuencialidad con cada episodio de inflamación, apoyan la hipótesis de que la activación inmunológica mediada por la vacuna es la causa más probable de la inflamación recurrente de esta paciente.

CONCLUSIONES:

En el contexto actual, la vacuna frente al SARS-CoV-2 debe ser una causa más de dacrioadenitis a considerar.

MUCOPOLISACARIDOSIS Y SUS MANIFESTACIONES. REVISION Y DOS CASOS

*Gómez Perera S, Falcón Roca R, Arteaga Henríquez C, Rodríguez Marrero S, Gutiérrez Partida B.
Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife.*

INTRODUCCIÓN:

Las mucopolisacaridosis son un grupo de enfermedades metabólicas hereditarias raras de depósito lisosomal. Tienen una prevalencia de 1 por cada 22,500 recién nacidos vivos. La herencia de las mucopolisacaridosis es autosómica recesiva, a excepción del Hunter, que es la única ligada al X. La acumulación de estos mucopolisacáridos no degradados en las células va a condicionar patología sistémica. A nivel oftalmológico las mucopolisacaridosis cursan con opacidad corneal difusa, grisácea secundaria al acúmulo crónico de glucosaminglicanos (GAG) también conocidos como mucopolisacáridos los cuales pueden producir también papiledema, retinitis pigmentaria, neuropatía óptica, glaucoma e incluso ceguera.

CASO CLÍNICO:

Presentamos dos casos, ambos varones afectos de mucopolisacaridosis tipo II o Síndrome de Hunter atenuado. Ambos pacientes varones de 14 y 17 años. El primero de ellos presenta amaurosis de un ojo por neuropatía compresiva por depósitos y además presenta retinosis pigmentaria bilateral con cambios quísticos intraretinianos maculares detectados en la OCT. El segundo caso presenta depósitos subretinianos periarcaadas y alrededor de la papila de ambos ojos con probable relación con depósitos de glucosaminoglucanos.

CONCLUSIÓN:

En el síndrome de Hunter a nivel oftalmológico, el enturbiamiento de la córnea no es una característica típica, aunque en ocasiones se pueden observar lesiones discretas que no afectan a la visión. Se ha descrito la presencia de cambios pigmentarios bilaterales y la pérdida del campo de visión en algunos pacientes así como engrosamiento escleral o del disco, que puede causar compresión del nervio óptico. La retinosis pigmentaria puede aparecer en pacientes no solo con Síndrome de Hunter sino asociada a otras mucopolisacaridosis como el síndrome de Hurler, Scheie o Sanfilippo, y son entidades a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de la retinosis pigmentaria típica. En cambio no se han descrito en la literatura casos de depósitos subretinianos en este tipo de entidad.

SÍNDROME DE EFUSIÓN CILIOCOROIDEO BILATERAL POR TOPIRAMATO

Arteaga Henríquez, C., Guerrero Mártir, M., Medina Mesa, E., De Armas Ramos, E., Tapia Quijada, H.E., Gómez Perera, S., Rodríguez Marrero, S., Falcón Roca, R.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

INTRODUCCIÓN:

El Topiramato es un fármaco destinado al tratamiento de trastornos psico-neurológicos. Entre sus efectos secundarios oculares cabe destacar: cierre angular, miopización y maculopatía.

DESARROLLO:

Paciente varón de 35 años, que consulta por presentar disminución de la agudeza visual (AV) bilateral de 48 horas de evolución, asociado a dolor ocular. Está en tratamiento con Topiramato 50mg. El paciente presenta AV mejor corregida de 0,2. La presión intraocular (PIO) es de 45mmHg en ambos ojos. La cámara anterior (CA) es estrecha (grado 0-I de Van Herick). En el segmento anterior presenta edema corneal que impide realización de gonioscopia y la visualización del fondo de ojo. La ecografía no muestra alteraciones vítreo-retinianas.

RESULTADO:

El paciente es diagnosticado de Cierre Angular por Topiramato y se pauta de urgencia 500 mililitros de Manitol-20%, colirios hipotensores (Timolol + Tartrato de Brimonidina) y colirio Ciclopléjico, constatándose disminución del edema corneal y PIO de 27mmHg en ambos ojos.

El paciente es dado de alta en tratamiento con: colirios de Timolol, Tartrato de Brimonidina, Ciclopléjico y Dexametasona en colirio. Se realizan valoraciones en días sucesivos en las que se objetiva mejoría de AV (llegando a 1.0 a las 72horas), disminución de la PIO y aumento de la profundidad de CA, monitorizada mediante Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) de segmento anterior.

CONCLUSIONES: El cierre angular se ha descrito como una reacción idiosincrásica, pues no es dosis dependiente. El fármaco da lugar a un aumento de los niveles de prostaglandinas que actúan desencadenando un edema de cuerpo ciliar.

Debido a que no existe un bloqueo pupilar, las iridotomías o el tratamiento con Pilocarpina no son útiles. Debe tenerse especial precaución con el uso de la Acetazolamida por el riesgo de edema ciliar. Se aconseja para la rápida resolución del cuadro el uso de Dexametasona en colirio y Manitol.

PAPILEDEMA DE CAUSA VASCULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Rodríguez Marrero S, Acosta Darias M, Falcón Roca R, Gómez Perera S, Arteaga Henríquez C.
Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife.*

RESUMEN:

Se presenta el caso de una paciente joven, con obesidad, hipotiroidismo y en tratamiento con anticonceptivos hormonales orales, que consulta por cefalea y alteraciones visuales. Es valorada por oftalmología y se objetiva un edema de papila bilateral en el fondo de ojo, por lo que es derivada a neurología para realizar prueba de imagen y punción lumbar, que determina la presencia de hipertensión intracraneal. Tras descartar de forma inicial causas más típicas de hipertensión intracraneal como lesiones ocupantes de espacio a nivel cerebral y en el contexto de la paciente, el pseudotumor cerebri, es diagnosticada de papiledema por hipertensión intracraneal con alteración grave del campo visual, objetivándose en pruebas de neuroimagen realizadas posteriormente, una trombosis de senos venosos cerebrales, que tras realizar pruebas de coagulación, se determina que ha sido causada por una alteración genética del factor inhibidor del activador del plasminógeno humano en el contexto protrombótico de la paciente.

De modo que, aunque la trombosis de senos venosos cerebrales es una entidad poco frecuente, se debe tener en cuenta en el diagnóstico del papiledema, ya que supone una emergencia neurooftalmológica en la que es crucial la precoz instauración del tratamiento para evitar daños visuales irreversibles.

IRIS BOMBÉ CONSECUTIVO A VITRECTOMÍA VÍA PARS PLANA POR RE-DESPRENDIMIENTO DE RETINA

Espinoza González, Juan Pablo; Siguero Martín, Leticia; Guedes Guedes, Isabel; Estévez Jorge, Beatriz; Trujillo Blanco, Maricela; Olivera, Maximiliano.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

INTRODUCCIÓN:

El Iris Bombé es una entidad en la que existe un desplazamiento anterior del iris periférico producido por la presión posterior del humor acuoso debido a un bloqueo pupilar. A continuación se presenta un caso secundario a múltiples cirugías vitreoretinianas (CVR), con una buena resolución del cuadro agudo, pero un mal pronóstico visual dadas las múltiples complicaciones en el postoperatorio.

DESARROLLO:

Paciente mujer de 68 años, fáquica, con antecedente de CVR por Membrana Epirretiniana (MER) en el ojo derecho (OD), y dos desprendimiento de retina (DR) en OD tras CRV por MER, el último realizado con taponamiento con aceite de silicona. Consulta por cuadro de dolor ocular de horas de evolución. A la exploración se objetiva Agudeza Visual (AV) de movimiento de manos (MM), presión intraocular (PIO) de 64 mm Hg y un Iris Bombé secundario a seclusión pupilar. En la fundoscopia se objetiva una retinotomía amplia con proliferación vitreoretiniana (PVR) y la retina superior aplicada. En la tomografía de coherencia óptica (OCT) de segmento anterior se observó un ángulo iridocorneal cerrado.

RESULTADO:

Tras la realización de iridotomías con láser YAG se comprobó resolución del cuadro de cierre angular, constatándose los cambios en la configuración iridiana mediante OCT de segmento anterior y disminución de la PIO. No obstante, en este caso debido a las múltiples complicaciones postquirúrgicas, la AV final fue de Percepción de Luz (PL).

CONCLUSIONES:

El Iris Bombé es una complicación poco frecuente de la CVR, asociado a factores de riesgo como reintervenciones, inflamación postquirúrgica y formación de sinequias posteriores. En este caso se logró un buen control de PIO con iridotomías periféricas, evidenciando los cambios angulares con la OCT de segmento anterior.

SI NO ES UNA TRACCIÓN VÍTREA MACULAR, ¿QUÉ ES?

Alberto Pestano, María; Serrano García, Miguel Ángel; Pérez-Llombet Quintana, Nicolás; Fabelo Hidalgo, Isabel; Quezada Peralta, Gonzalo; Gil Hernández, María Antonia.

Centro de Enfermedades Oculares Serrano/ Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

INTRODUCCIÓN:

Mujer de 39 años con diagnóstico casual de tracción vítreo macular (TVM) que solicita segunda opinión.

DESARROLLO:

En el examen oftalmológico destaca una MAVC 1.0 en ambos ojos, y leve ectopia macular bilateral. En la OCT macular se aprecia una ausencia de depresión foveal con adhesión vítreo macular focal y en la angio-OCT una ausencia de la zona avascular foveal (ZAF) en el plexo capilar superficial y reducción de la ZAF en el plexo capilar profundo del ojo izquierdo. Se observa un campo visual dentro de límites normales.

RESULTADO:

Finalmente se diagnostica de fovea plana

CONCLUSIONES:

La fovea plana se caracteriza por la ausencia de depresión foveal, sin implicaciones funcionales a diferencia de la hipoplasia foveal. El desarrollo de la OCT y angio-OCT nos permiten describir y conocer mejor esta anomalía en el desarrollo, que continúa siendo idiopática.

HEMORRAGIA SUBRETINIANA MACULAR EN EL CONTEXTO DE UN SÍNDROME DE GRÖNBLAD-STRANDBERG: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Valls Alonso, P; Sola La Serna, E; Espinoza González, J; Hernández Ruiz, S.
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.*

INTRODUCCIÓN:

La estrías angioides se definen como dehiscencias en forma de grieta en una membrana de Bruch, engrosada y calcificada, que se asocian a atrofia del EPR situado suprayacente. El pseudoxantoma elástico es la enfermedad sistémica que más comúnmente se asocia al hallazgo de estrías angioides, formando el Sd. de Grönblad-Strandberg. Las principales causas de morbilidad visual son neovascularización coroidea, traumatismos y estrías maculares.

DESARROLLO:

Presentamos un caso clínico de un varón de 30 años que acudió a urgencias por disminución de AV en OD tras un traumatismo contuso ocurrido 5 días antes. En la exploración destaca AV 0.5/1.0, TAC craneal y de cortes finos orbitarios sin fracturas ni alteraciones en el N. Óptico. En el F.O. y OCT se observó un sangrado subretiniano en el haz papilomacular en OD y estrías angioides en A.O. Inicialmente debido al tiempo de evolución y la relativa buena AV se optó por la observación. Tras una anamnesis más dirigida, se confirma el antecedente de pseudoxantoma elástico.

RESULTADOS:

La AGF y A-OCT no permitieron en un primer momento descartar la presencia de neovascularización coroidea, por lo que se decidió la inyección de ranibizumab empírica. En un segundo tiempo al reabsorberse parcialmente el sangrado, las técnicas de imagen multimodal permitieron la visualización de un mayor número de estrías en haz papilomacular, una zona de tejido traccional y la confirmación de la ausencia de una membrana neovascular causante del sangrado.

CONCLUSIONES:

El presente caso nos permite entender el valor de una exploración oftalmológica completa, ya que puede llevar a la detección y seguimiento de afecciones sistémicas importantes para el pronóstico vital del paciente, así como la importancia de la imagen multimodal para la detallada caracterización de las lesiones oculares.

SÍNDROME DE EFUSIÓN UVEAL POR TOPIRAMATO

Cáceres Herrera N, Alemán Pérez A, Alonso Pons V, Ogando González RI, Santana Lorenzo A, Álvarez González E, Peñate Santana H, Tejera Santana M.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas.

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de efusión uveal secundario a fármacos es un proceso poco frecuente pero ampliamente descrito que abarca un espectro de presentaciones desde la miopización aguda hasta el glaucoma de ángulo cerrado, se produce por el acúmulo de material seroso entre la úvea y la coroides.

DESARROLLO:

Presentamos el caso de una mujer de 58 años que inicia una clínica de ojo rojo con sensación de cuerpo extraño bilateral acompañado de episodios recurrentes de visión borrosa con recuperación ad integrum que inician 24-48 horas tras iniciar tratamiento con topiramato.

RESULTADO:

A propósito de este caso se realiza un breve repaso del tratamiento del glaucoma agudo de ángulo cerrado de esta etiología específica recalcando sus peculiaridades.

CONCLUSIÓN:

La elevación súbita de la presión intraocular que se produce en el síndrome de efusión uveal causado por topiramato exige un manejo ligeramente diferente a los protocolos comúnmente empleados para el control de la presión intraocular en urgencias, de ahí la necesidad de una identificación rápida del proceso mediante una anamnesis detallada y bien dirigida.

HAMARTOMA CONGÉNITO SIMPLE DEL EPITELIO PIGMENTARIO DE LA RETINA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ogando González, R. MD, Reyes Rodríguez, M. PhD, Peñate Santana, H. PhD. Cáceres Herrera, N. MD. Alemán Pérez, A. MD, Álvarez-González, E. MD, Alonso Pons, V. MD.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas.

INTRODUCCIÓN:

El hamartoma congénito simple del epitelio pigmentario de la retina (HCSEPR) es un tumor benigno, habitualmente parafoveal, que característicamente permanece estático en su seguimiento.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de una mujer joven, asintomática, que durante una revisión rutinaria presenta una lesión pigmentada supero-nasal a la fóvea de su ojo izquierdo compatible con HCSEPR.

DISCUSIÓN:

Las lesiones pigmentadas de la retina suponen en ocasiones un reto diagnóstico dadas sus semejanzas en la funduscopia y el pronóstico tan variable que revisten en función de las distintas entidades. Establecer un adecuado diagnóstico de un HCSEPR permitirá un correcto seguimiento y detección de sus posibles complicaciones tales como la exudación y contracción retiniana.

CONCLUSIÓN:

Es importante conocer las características funduscópicas y de OCT del HCSEPR para establecer un correcto diagnóstico, pronóstico y seguimiento del paciente.

IMPLANTE DE ACETÓNIDO DE FLUOCINOLONA (ILUVIEN®) EN EL TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR DIABÉTICO: NUESTRA EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Guedes Guedes, I.I; Cabrera López, F.A.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

INTRODUCCIÓN:

ILUVIEN® es un implante intravítreo que contiene 190 microgramos de Acetónido de Fluocinolona. Una de sus indicaciones es el tratamiento del deterioro visual asociado al Edema Macular Diabético (EMD) crónico, cuando la respuesta a las terapias convencionales se considera insuficiente. A continuación, se expone nuestra experiencia clínica con los 37 implantes aplicados, los resultados funcionales y anatómicos obtenidos.

DESARROLLO:

Se han realizado 37 implantes en un total de 28 pacientes con edades comprendidas entre los 42 y los 85 años, todos ellos con EMD refractario a tratamientos de primera línea, con una media de 10.5 inyecciones de Anti-VEGF y 3.6 implantes de Ozurdex® por ojo. Una vez aplicado el tratamiento, los pacientes han recibido seguimiento de acuerdo con la ficha técnica, con valoración de Agudeza Visual (AV), Presión Intraocular (PIO) y Grosor de Retina Central (GCR).

RESULTADO:

Se ha objetivado una mejoría en la AV media (en escala de Snellen) que ha pasado de 0.24 en la visita previa al implante a 0.33 al año de seguimiento tras el ILUVIEN®. En la valoración del GCR mediante Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) se ha comprobado una reducción media de 139.13um al año de seguimiento. De los 37 ojos tratados, 12 habían presentado aumento de la PIO con Ozurdex® de los cuales 8 presentaron elevación de la PIO con ILUVIEN®, habiéndose controlado 5 de ellos con monoterapia y 3 con terapia combinada. 1 paciente requirió cirugía filtrante.

CONCLUSIONES:

Se trata de un fármaco con buena tolerabilidad y aceptación durante y tras la aplicación del mismo. El principal efecto secundario es la elevación de PIO con buen control con monoterapia/combinación de dos fármacos. Se han obtenido buenos resultados tanto estructurales como funcionales con la limitación que implica el tratamiento del EMD recalcitrante con varios años de evolución.

RELACIÓN ENTRE DENSIDAD CELULAR ENDOTELIAL E IMPLANTE DEL DISPOSITIVO XEN®; RESULTADOS PRELIMINARES

Pérez-Llobet Quintana, Nicolás; Capote Yanes, Eulalia; Álvarez Marín, Jorge; Bahaya Álvarez, Yasmín; Fabelo Hidalgo, Isabel; Gil Hernández, M Antonia.

Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, S/C de Tenerife.

INTRODUCCIÓN:

El endotelio corneal tiene como función principal mantener una adecuada transparencia de la córnea, y su densidad celular puede reducirse tras gran variedad de procedimientos, como la faecoemulsificación o la trabeculectomía. En el caso del glaucoma, los microimplantes de drenaje (o técnicas MIGS) como algunas de sus opciones terapéuticas parecen tener un menor impacto sobre las células endoteliales, si bien es cierto que algunos de ellos se han relacionado con una reducción de las mismas.

El objetivo de nuestro trabajo es estudiar la relación entre la densidad celular endotelial y el implante del dispositivo XEN®, mostrándoles a continuación los resultados preliminares del mismo.

DESARROLLO:

Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes afectados de glaucoma crónico sometidos a procedimiento único de implante de XEN®, en los que se comparó los valores de densidad celular endotelial corneal antes de la cirugía y 6 meses tras la misma. De igual manera se recogieron los valores de presión intraocular previo y posterior al procedimiento.

RESULTADOS:

Se incluyeron un total de 15 pacientes en los que se realizó un procedimiento unilateral de implante de dispositivo XEN®. Obtuvimos un contaje de células endoteliales medio de 1951,13 +- 421,71 células/mm³ antes de la cirugía, así como de 1859,33 +- 445,79 células/mm³ posterior a la misma. En estos valores medios no se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p=0,102$). Además, los valores medios de presión intraocular fueron de 24,67 +- 4,4 mmHg y 16,07 +- 4,64 mmHg antes y después de la cirugía respectivamente, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p<0,001$).

CONCLUSIONES:

El implante de XEN® parece ser una opción eficaz y segura, sin evidencia de provocar una reducción significativa de la densidad celular endotelial. Sin embargo, es necesario continuar este estudio para disponer de un mayor tamaño muestral y tiempo de seguimiento.

QUERATOPLASTIA ENDOTELIAL (DMEK): ANÁLISIS DE RESULTADOS EN LOS 25 PRIMEROS CASOS. SEGUIMIENTO HASTA 2 AÑOS

Ángel García García.

Vithas Eurocanarias Instituto Oftalmológico, Las Palmas.

INTRODUCCIÓN:

Evaluar la curva de aprendizaje de la técnica estandarizada “no-touch” DMEK de un solo cirujano en un centro sin banco de córnea y sin supervisión directa por parte de un cirujano más experimentado

DESARROLLO:

Se estudiaron los primeros 25 ojos intervenidos con éxito mediante técnica DMEK por un único cirujano en nuestro centro. Para todas las intervenciones el injerto donante fue obtenido por el mismo cirujano en el mismo día de la intervención. Se documentaron los siguientes datos en la visita preoperatoria así como en las visitas 1 semana, 1 mes, 3 meses, 6 meses, 1 año y 2 años tras la intervención: mejor agudeza visual corregida (AVMC) en notación decimal, equivalente esférico, magnitud de astigmatismo, paquimetría por tomografía Scheimpflug, paquimetría por OCT y densidad de células endoteliales. También se reportaron las incidencias y complicaciones. Se descartaron por el estudio 3 casos (12%) en los que sobrevino un fracaso precoz del injerto.

RESULTADOS:

Todas las cirugías se llevaron a cabo tal y como estaban previstas, ningún injerto donante fue perdido durante su obtención. La AVMC mediana preoperatoria fue de 0,2, siendo 0,25, 0,5, 0,7, 0,8, 0,9 y 0,9 en las sucesivas visitas postoperatorias. El número de ojos en los que se ha completado seguimiento tanto como 1 como a 2 años han sido 11 y a 2 años han sido 8. A los 3 meses de la intervención el 70,6% de los ojos estudiados presentaban una AVMC $\geq 0,7$ y un 27,8% $\geq 0,9$. Estos porcentajes suben hasta el 87,5% y 75% de los ojos estudiados a los 2 años. La paquimetría central por Scheimpflug mediana preoperatoria fue de 765,5 micras, siendo su evolución en las visitas postoperatorias de la siguiente manera: 570, 517, 526, 537, 553 y 584 micras. La paquimetría central por OCT varió desde las 657 micras preoperatorias a las 533, 499, 528, 520, 552, 559 en las visitas postoperatorias. El recuento endotelial postoperatorio tuvo su pico mediano máximo en la visita de los 3 meses (1207 células/mm²) sufriendo posteriormente un deterioro progresivo hasta las 600 células/mm² en los ojos de los que disponemos datos a los 24 meses. El análisis del equivalente esférico y la magnitud del cilindro no obtuvo hallazgos relevantes. 4 de los ojos estudiados (22,2%) sufrieron un despegue parcial del injerto que fue solucionado mediante reinyección de SF6. En 3 de los ojos intervenidos (3/21, 14,3%) sobrevino un fracaso precoz del injerto.

CONCLUSIONES:

Esta serie de casos en un cirujano de córnea, novel en DMEK, muestra unos excelentes resultados visuales, con una tasa de complicaciones similar a la descrita en la literatura.

EVALUACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DEL EDEMA MACULAR DIABÉTICO DE LA EUROPEAN FOR ADVANCED STUDIES IN OPHTHALMOLOGY EN PRÁCTICA CLÍNICA

Fabelo Hidalgo I; Fernández Núñez E C; Pérez-Llombet Quintana N; Alberto Pestano M M; Alonso Plasencia M; Gil Hernández M A; Abreu González R.

Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, S/C de Tenerife.

INTRODUCCIÓN:

En 2019, la European School for Advanced Studies in Ophthalmology (ESASO) publicó un sistema de clasificación nuevo para la evaluación del edema macular diabético (EMD) basado en la OCT. El objetivo de este trabajo es evaluar dicha clasificación en la práctica clínica.

DESARROLLO:

Se realizó un análisis consecutivo, retrospectivo de todos los pacientes con EMD naïve que acudieron a nuestro servicio durante 1 año. Sus OCT fueron analizadas de manera independiente y se determinó su grado de EMD empleando la clasificación ESASO. Se realizó un análisis de concordancia interobservador. En aquellos casos en los que no se pudo realizar el estadiaje, se evaluó y categorizó el motivo de no-estadiaje y se realizó un análisis de concordancia interobservador.

RESULTADOS:

Se analizaron un total de 93 ojos de 65 pacientes (64.4% varones y 35.4% mujeres) con una edad media de 66.2+/-12.1 años. El examinador 1 estadió 60 de 93 ojos (64.5%). El examinador 2 estadió 61 de 93 ojos (65.4%). El análisis Kappa de la concordancia interobservador para el estadiaje fue de 0.508.

De los 93 casos, los examinadores 1 y 2 no pudieron estadiar 33 (35.5%) y 32 (34.4%) casos respectivamente debido a que las características de EMD en la OCT no se correspondían con ninguna de las opciones proporcionadas en la clasificación ESASO. Estos resultados fueron estadísticamente significativos ($p=0.000$).

El análisis Kappa de la concordancia interobservador de las causas de no-clasificación fue de 0.869.

CONCLUSIONES:

Concluimos que la clasificación ESASO para el EMD constituye una clasificación minuciosa para el EMD, pero en nuestra experiencia no engloba la totalidad de casos de EMD que se pueden encontrar en práctica clínica.

ENSEÑANDO FOTO COAGULACIÓN LÁSER RETINIANA GUIADO MEDIANTE RETINOGRAFÍA DE ULTRA CAMPO AMPLIO (UWF): UNA NUEVA FORMA DE APRENDER

Quezada Peralta, G; Alonso Plasencia, M; Rodríguez Gil R; Gil Hernández MA; Abreu González, R. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, S/C de Tenerife.

INTRODUCCIÓN:

La fotocoagulación láser retiniana (FCL) es una habilidad que todo oftalmólogo debe manejar, tanto para sus diferentes indicaciones. Un gran problema se genera al momento de enseñar como realizarla a los nuevos residentes ya que tanto estos como los docentes no ven al mismo tiempo la oftalmoscopia del paciente para así planificar el tratamiento. El objetivo de nuestro trabajo es presentar un método objetivo de planificación y revisión de la FCL basada en la retinografía de Ultra Campo Amplio (UWF).

DESARROLLO:

Durante el periodo de 3 meses en los cuales los nuevos residentes suelen rotar por la sección de retina se definió que todos los pacientes con desgarros agudos de retina y algunas pan fotocoagulaciones elegidas por los tutores fuesen realizadas por los residentes en entrenamiento. Para esto en primer lugar se realizan retinografías de UWF, con el sistema Mirante (Nidek, Gamagori, Japon), las cuales se estudian entre residentes y tutores para así definir el mejor tratamiento a realizar. Posteriormente el residente, conociendo los parámetros necesarios procede a la foto coagulación láser mediante nuestro foto coagulador láser verde (532 nm). Finalmente, se vuelve a realizar una retinografía UWF con la cual se evalúa en conjunto con el tutor la idoneidad del tratamiento y corregir en caso de errores.

RESULTADOS:

Durante el periodo de realización del proyecto se realizan un total de 15 foto coagulaciones láser a desgarros de retina y 5 pan fotocoagulaciones por isquemia retiniana guiados por retinografía UWF con éxito.

CONCLUSIONES:

La retinografía UWF es una herramienta valiosa a la hora enseñar procedimientos complejos como la foto coagulación láser retiniana. Permite ver tanto al residente como su tutor al mismo tiempo la patología a tratar, planificar y evaluar el resultado, todo esto utilizando una prueba rápida, no invasiva e inocua para el paciente.

ESTUDIO ENDOTELIAL EN CÓRNEA DONANTE PRE Y POST QUERATOPLASTIA. ¿QUÉ FACTORES INFLUYEN? ANÁLISIS RETROSPECTIVO.

Fabelo Hidalgo I; Capote Yanes E; Álvarez Martín J; Pérez-Llombet Quintana N; Gil Hernández M A. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, S/C de Tenerife.

INTRODUCCIÓN:

La viabilidad de la queratoplastia depende del contaje endotelial previo. Otros factores que puede influir en el éxito del procedimiento son la edad del donante y el intervalo de tiempo extracción-implante.

En este estudio analizamos la influencia de las anteriores variables en la pérdida endotelial post-trasplante.

DESARROLLO:

Analizamos los trasplantes realizados entre 2020 y 2021. Recogimos datos demográficos y contajes endoteliales pre y post operatorios a los 6 meses.

RESULTADOS:

Analizamos 40 trasplantes, 21 varones (52.5%) y 19 mujeres (47.5%). La edad media de los donantes fue de 54.25 años \pm 12.681 (21-73) años.

El tiempo medio transcurrido entre extracción e implante fue de 7.58 \pm 5.43 días.

El contaje endotelial medio de los donantes fue 2486,35 \pm 342.928 células/mm².

El contaje endotelial medio a los 6 meses del trasplante fue de 1735.73 \pm 738.859 células/mm².

La reducción fue del 30.2% siendo estadísticamente significativa ($p < 0.001$)

La pérdida endotelial no mostró diferencias significativas en función del tipo de procedimiento realizado ($p = 0.610$)

Observamos una correlación positiva pero no significativa ($p = 0.372$) entre el tiempo de implantación y la pérdida endotelial, así como entre la edad del donante y la pérdida endotelial ($p = 0.397$).

CONCLUSIONES:

Tal como era de esperar hemos observado una reducción del contaje endotelial en la córnea donante tras su implantación.

Tras el análisis de los resultados hemos vuelto a confirmar tal y como hicimos en el año 2019, que la edad no es un factor limitante para la donación corneal. En este sentido la microscopía especular es una herramienta fundamental para la evaluación de las córneas donantes.

Los datos observados manifiestan que existe una correlación no significativa entre el tiempo transcurrido y la pérdida endotelial, permitiéndonos una mayor flexibilidad para llevar a cabo las programaciones quirúrgicas.

BROLUCIZUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE LA AFECTACIÓN VISUAL DEBIDA AL EDEMA MACULAR DIABÉTICO: RESULTADOS A 52 SEMANAS DE LOS ESTUDIOS KITE Y KESTREL

Abreu González, R¹; Escobar, JJ²; Brown, D³; Wolf, S⁴; Garweg, J⁵; Bandello, F⁶; Emanuelli, A⁷; Figueira, J^{8,9}; Gupta, V¹⁰; Ngah, NF¹¹; Liew, G¹²; Tuli, R^{13,14}; Wang, L¹⁵; Bouillaud, E¹⁵; Souied, E¹⁶

1.Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, S/C de Tenerife. / 2.Hospital Dos de Maig, Barcelona / 3. Retina Consultant of Houston, EE.UU./ 4.Inselspital, Bern University Hospital, Bern, Suiza; 5.Berner Augenklinik am Lindenhofspital and Swiss Eye Institute, Bern, Suiza / 6.University Vita-Salute, Scientific Institute San Raffaele, Milan, Italia / 7.Emanuelli Research and Development Center, Arecibo, Puerto Rico, EE.UU./ 8. AIBILI - Association for Innovation and Biomedical Research on Light and Image, Azinhaga de Santa Comba, Celas, Coimbra, Portugal / 9. Faculty of Medicine, Coimbra Institute for Clinical and Biomedical Research (iCBR), Portugal / 10. Advanced Eye Center, Post Graduate Institute of Medical Education and Research, Chandigarh, India / 11. Hospital Shah Alam, Selangor, Malaysia / 12.Centre for Vision Research, Westmead Institute for Medical Research, University of Sydney, Australia/ 13.University of Ottawa, Canadá / 14.The Retina Centre of Ottawa, Canadá / 15.Novartis Pharma A.G., Basel Suiza / 16.Hopital Intercommunal de Creteil, Créteil, Francia.

INTRODUCCIÓN:

Resultados a 52 semanas (S) de KITE/KESTREL, dos estudios pivotaes prospectivos de fase III que evalúan eficacia y seguridad de brolucizumab (Bro) vs aflibercept (Afl) para el tratamiento de pacientes con afectación visual debida al edema macular diabético (EMD).

DESARROLLO:

KITE/KESTREL, dos estudios en curso de 2 años de duración, doble enmascarados, aleatorizados, controlados de forma activa y multicéntricos. Pacientes adultos (≥ 18 años) con diabetes mellitus tipo 1/2, afectación visual por EMD con MAVC entre 78-23 letras ETDRS y EMD que involucra el centro de la mácula con $GSC \geq 320 \mu m$ en tomografía de coherencia óptica de dominio espectral en el ojo de estudio en el cribado. Pacientes aleatorizados 1:1 a Bro6mg, Afl2mg (KITE); 1:1:1 a Bro3mg, Bro6mg, Afl2mg (KESTREL). Los pacientes Bro recibieron 5 dosis de carga c6s seguidas de una dosis c12s durante el primer año, pudiendo ajustar a c8s en visitas de evaluación de actividad de la enfermedad predefinidas. El grupo Afl recibió 5 dosis de carga mensuales seguidas de una dosis fija c8s. Variable principal: cambio desde la basal en MAVC a S52. Variables secundarias: proporción de pacientes Bro mantenidos en c12s hasta S52; cambio desde la basal en GSC.

RESULTADO:

En KITE/KESTREL el objetivo principal se cumplió con Bro6mg no inferior a Afl2mg en el cambio desde la basal en MAVC a S52. $>50\%$ de pacientes Bro6mg se mantuvieron en c12s hasta S52 tras fase de carga. Bro6mg mostró mejoras superiores vs Afl2mg en el cambio desde la basal en GSC de S40 a S52. Bro6mg mostró un perfil de riesgo/beneficio general favorable.

CONCLUSIONES:

KITE/KESTREL muestran que Bro ofrece potencial para obtener ganancias de visión sólidas y resultados anatómicos superiores con intervalos de tratamiento c12s en $>50\%$ de pacientes con EMD.

EFFECTO DE LA CIRUGÍA DE CATARATAS CONVENCIONAL Y DE LA CIRUGÍA DE CATARATAS ASISTIDA POR LÁSER FEMTOSEGUNDO SOBRE EL NERVIÓ ÓPTICO Y LA MÁCULA

Reñones de Abajo J.; Antón López A; González Martín JM; Carreras Díaz H; Loro Ferrer JF.

Vithas Eurocanarias Instituto Oftalmológico, Las Palmas.

INTRODUCCIÓN:

La cirugía de cataratas convencional (conventional cataract surgery, CCS) implica un aumento intraquirúrgico de la presión intraocular (PIO). La cirugía de cataratas asistida por láser femtosegundo (femtosecond laser-assisted cataract surgery, FLACS) implica un aumento adicional de PIO durante el uso del cono de succión utilizado para estabilizar el ojo mientras se aplica el láser. Estos aumentos de PIO pueden tener efectos sobre el nervio óptico y la mácula. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de la CCS y de la FLACS sobre el nervio óptico y la mácula mediante tomografía de coherencia óptica (optical coherence tomography, OCT).

DESARROLLO/MÉTODOS:

Se midieron el mínimo grosor del anillo neuroretiniano a nivel de la apertura de la membrana de Bruch (Bruch's membrane opening-minimum rim width, BMO-MRW), la capa de fibras nerviosas de la retina peripapilar (peripapillary retinal nerve fiber layer thickness, RNFL) y el grosor macular (macular thickness, MT) mediante OCT antes de la cirugía, un mes después de la cirugía y 6 meses después de la cirugía tanto en el grupo CCS como en el grupo FLACS. Se analizaron las diferencias entre los valores preoperatorios y los postoperatorios en ambos grupos. Los cambios postoperatorios se compararon entre los dos grupos.

RESULTADOS:

Un total 146 ojos de 146 pacientes se incluyeron en este estudio, 65 en el grupo CCS y 81 en el grupo FLACS. Un mes después de la cirugía se produjo un aumento (en micras) de 20.93 en BMO-MRW, 4.26 en RNFL y 7.85 en MT en el grupo CCS ($P<0.001$), y 17.7, 3.73 y 5.65, respectivamente, en el grupo FLACS ($P<0.001$). Seis meses después de la cirugía se produjo un aumento de 2.53 en BMO-MRW, 1.42 en RNFL y 4.72 en MT en el grupo CCS ($P<0.001$), y 13.7, 1.88 y 4.14, respectivamente, en el grupo FLACS ($P<0.001$). Los cambios postoperatorios en el grupo CCS fueron similares a los del grupo FLACS.

CONCLUSIONES:

Un mes y 6 meses después de la cirugía de cataratas se aprecia un leve aumento en la BMO-MRW, RNFL y MT tanto en el caso de la CCS como en el caso de la FLACS. Ni CCS ni FLACS producen un deterioro en los parámetros de OCT que definen la estructura del nervio óptico y de la mácula. Estos resultados sugieren que en ojos sanos FLACS es tan seguro como CCS para la estructura del nervio óptico y la mácula.

QUIRÓFANO EXPERIMENTAL CON OJOS DE CERDO: WET-LAB EN EL HUGCDN

Peñate Santana, H; Alemán Pérez, A; Ogando González R; Álvarez González E; Cáceres Herrera N; Alonso Pons V; Santana Lorenzo A.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas.

INTRODUCCIÓN:

La unidad de investigación del HUGCDN ha permitido la ubicación del primer wet-lab hospitalario abierto y permanente canario para el entrenamiento de habilidades quirúrgicas en ojos de cerdo de sus residentes de oftalmología.

DESARROLLO:

Queremos exponer nuestra experiencia durante el montaje y la evolución de nuestro wet-lab con ojos de cerdo. Ubicado en la unidad de investigación del hospital, en el quirófano 1, el wetlab cuenta con dos microscopios quirúrgicos, dos facoemulsificadores Infinity de Alcon, una caja con material quirúrgico y diferentes materiales fungibles que se reciclan de las cirugías convencionales realizadas en el hospital, así como materiales fungibles caducados proporcionados por las casas comerciales Alcon, Medicontur y Meiji (viscoelásticos, tinción azul tripán, diferentes tipos de lentes intraoculares, sueros, etc...). Los ojos de cerdo llegan semanalmente con 24 horas de antelación al quirófano procedentes de cerdos para uso alimentario del matadero de la isla.

RESULTADO:

Los residentes de oftalmología del HUGCDN realizan una vez en semana la actividad de wetlab con ojos de cerdo. Desde febrero de 2022 hemos comenzado esta experiencia semanal en la que 12 ojos de cerdo recibidos del matadero de la isla sirven para practicar los pasos de la cirugía de cataratas de los residentes de primer año así como también practicar la realización de botón corneal y sutura del mismo de cara a queratoplastias penetrantes, realización de la técnica de bubble para queratoplastias lamelares, trabeculectomías entre otras técnicas de cara a residentes de segundo, tercer y cuarto año.

CONCLUSIÓN:

La docencia en quirófano experimental mediante wet-lab con ojos de cerdo es una oportunidad para comenzar a desarrollar las habilidades quirúrgicas de los residentes de oftalmología de modo seguro desde el primer momento de la residencia.

ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO DE ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD CANARIA DE OFTALMOLOGÍA EN EL PERÍODO 2019-2022

Rodrigo Abreu González¹; Haridián Peñate Santana².

1. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, S/C de Tenerife.

2. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas.

INTRODUCCIÓN:

La revista Archivos de la Sociedad Canaria de Oftalmología (ASCO) se inició en el año 1976, y desde entonces ha pasado por distintas épocas y editores. El objetivo de este trabajo es realizar un análisis bibliométrico de la misma en el último período editorial.

DESARROLLO:

Se realizó un análisis bibliométrico de ASCO durante el período 2019-2022. Las variables estudiadas fueron relacionadas con el número de artículos remitidos y rechazados, procedencia de los mismos, tanto geográfica como hospitalaria, y el tipo de artículos remitidos.

RESULTADO:

El total de artículos recibidos en el período de estudio fue de 93 (media anual de 23,25 +/-4,27), siendo el número total de artículos rechazados de 11. El tipo de artículo más frecuente fue el caso clínico (63,44%), reflejándose un incremento anual del mismo. El hospital canario con más artículos remitidos fue el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (27 artículos) y el que menos el Complejo Hospitalario Insular Materno Infantil (6 artículos).

CONCLUSIONES:

ASCO ha logrado un número estable de artículos anuales, siendo el caso clínico el tipo de artículo más frecuentemente remitido. Es fundamental realizar un análisis bibliométrico periódico, para asegurar el futuro, calidad y viabilidad de la publicación.





XLIX
CONGRESO
SCO
GRAN CANARIA

**SOCIEDAD CANARIA
DE OFTALMOLOGÍA 2022**

PÓSTERS

**XLIX CONGRESO
SCO**

ENDOTELITIS DIFUSA POR VIRUS HERPES SIMPLE. REPORTE DE UN CASO

*Siguero Martín L.; Jerez Olivera E.; Espinoza González J.P.; Pérez Álvarez J.; Toledo Monzón J.L.
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.*

INTRODUCCIÓN:

El virus herpes simple puede afectar múltiples estructuras oculares, que incluyen el segmento anterior (blefaroconjuntivitis, queratitis, escleritis, iridociclitis) y el segmento posterior (necrosis retiniana, neuritis óptica). Dentro de la córnea pueden comprometer epitelio y estroma, pero también endotelio desembocando en una endotelitis que puede ser disciforme, difusa o lineal. Presentamos un caso de endotelitis difusa por infección herpética.

DESARROLLO:

Mujer de 70 años remitida desde una clínica privada por sospecha de absceso corneal en su ojo derecho, con hiperemia, visión borrosa y erosión corneal desde hace una semana. Había sido tratada con colirio de tobramicina y pomada lubricante sin mejoría clínica. En la biomicroscopia presenta hiperemia mixta; en córnea temporal paracentral muestra una úlcera profunda menor de 1 mm de diámetro, rodeada por edema estromal y una placa blanquecina redondeada localizada en endotelio, de 4 mm de diámetro. Asocia además, tyndall 2+ y precipitados queráticos endoteliales dispersos. Se toman muestras para cultivo microbiológico y se inicia tratamiento con colirios reforzados de vancomicina y ceftazidima.

RESULTADOS:

En las revisiones sucesivas no se aprecia evolución favorable del cuadro clínico, arrojando los cultivos un resultado negativo para bacterias y positivo para virus herpes simple. La paciente es diagnosticada de endotelitis difusa herpética en ojo derecho. Se cambia el tratamiento por aciclovir oral y ganciclovir tópico y posteriormente se añaden corticoides tópicos, con mejoría progresiva de las lesiones.

CONCLUSIONES:

La endotelitis difusa se presenta con precipitados queráticos en toda la córnea, pudiendo desarrollar incluso una placa retrocorneal e hipopion que pueden asemejar a los abscesos, y dentro de ellos, en ocasiones, a los de origen fúngico. Ambos, la endotelitis difusa por virus herpes simple y los abscesos son causas potenciales de ceguera con tratamientos totalmente diferentes, de ahí la importancia de un correcto diagnóstico diferencial y un tratamiento precoz de los mismos.

CIERRE ESPONTÁNEO DE AGUJERO MACULAR, REPORTE DE DOS CASOS

Siguero Martín L.; Guedes Guedes I.I.; Rodríguez Melián L.; Castellano Solanes J.; Cabrera López F. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

INTRODUCCIÓN:

El agujero macular (AM) es una apertura anatómica foveolar de la Retina Neurosensorial, que produce una pérdida de la visión central. Su causa principal es la tracción vitreomacular (TVM). La Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) permite su clasificación.

DESARROLLO:

Mujer de 71 años, miope magna, pseudofáquica que consulta por metamorfopsias en Ojo Izquierdo (OI) de 2 meses de evolución. Refiere AM en Ojo Derecho (OD) diagnosticado hace 1 año. Presenta Agudeza Visual (AV) de 0.1 en OD y 0.33 en OI. En la OCT se objetiva AM estadio 3 en OD y en OI agujero lamelar. No desea cirugía.

Mujer de 67 años, diabética. Acude en 2019 con AV OI de 0.4. Se interviene de catarata de OI en Mayo del mismo año, con visión postquirúrgica de 0.5. En Noviembre, acude con AV OI de 0.05. En la OCT se observa un AM en estadio 3.

RESULTADOS:

La primera paciente, tras 20 meses, presenta mejoría de AV; 0.5 en OD y 0.6 en OI. Tomográficamente se comprueba cierre espontáneo del AM en OD y fenómenos de “bridging” en OI. La segunda paciente, se opera de VPP en Febrero de 2020, persistiendo el AM, aunque de menor tamaño. Se aconseja reintervención que la paciente rechaza. En Noviembre de 2021 se constata cierre del AM con AV de 0.15.

CONCLUSIONES:

Entre un 4-11.5% de los AM completos se cierra espontáneamente sin cirugía, y sólo un 5% alcanza una visión de 0.4 o mejor. La teoría que más frecuentemente explica el cierre espontáneo es la formación de un tejido puente por células de Müller. Algunas características en la OCT como el diámetro menor de 250 micras, los bordes afilados del AM, los quistes y la liberación espontánea de la TVM podrían sugerir una mayor tendencia al cierre espontáneo de los AM.

OCCLUSIÓN CAROTÍDEA, CONSECUENCIAS OCULARES CLÍNICAS

Alemán Pérez A, Peñate H, Álvarez González E, Ogando González R, Santana Rodríguez A, Alonso Pons V, Cáceres N.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas.

RESUMEN:

EL síndrome de isquemia ocular es causado por la hipoperfusión ocular crónica debido a una oclusión o estenosis de la arteria carótida común o arteria carótida interna ipsilateral. Se considera un diagnóstico poco frecuente que constituye la tercera causa más común de glaucoma neovascular con pobre pronóstico visual. Los hallazgos oculares incluyen disminución de la agudeza visual, neovascularización del iris y del ángulo iridocorneal, glaucoma neovascular y retinopatía por hipoperfusión. Describimos el caso de un paciente con estenosis de la carótida común que condicionó un glaucoma neovascular asociado a una disminución progresiva de la visión.

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Isquemia ocular se produce debido a la obstrucción arterial del sistema carotídeo o más raramente la arteria oftálmica reduciendo significativamente el flujo sanguíneo arterial.

La etiología responsable más común es la estenosis debida a la aterosclerosis aunque también se ha descrito en otras enfermedades como aneurismas o vasculitis. Se trata de un síndrome con predominio por el sexo masculino con una edad superior a los 50 años, asociándose generalmente a alteraciones sistémicas severas y alta tasa de mortalidad.

DESARROLLO:

Se trata de un paciente de 71 años que edad que acudió a urgencias por dolor ocular en OD, a la exploración se objetivó una PIO 28 mmHg, rubeosis, disminución de AV y un cierre angular 360°. Posteriormente se inició el estudio de extensión sospechando un posible tumor orbitario y tras RMN ocular y encontrar una asimetría en el tamaño y señal de las carótidas se realizó una AngioRM y AGF llegando al diagnóstico definitivo de trombosis crónica de arteria carotídea derecha que condicionaron un SIO.

RESULTADO:

El SIO es una condición con grave repercusión para la visión que generalmente no es diagnosticada por poder confundirse con otras entidades con las cuales comparte factores de riesgo o etiologías.

CONCLUSIONES:

El síndrome isquémico ocular es el resultado de una hipoperfusión crónica del suministro arterial ocular. Su diagnóstico requiere un alto nivel de sospecha ya que se trata de una patología que suele pasar desapercibida requiriendo el empleo de técnicas auxiliares para poder llegar a un diagnóstico acertado.

EDEMA DE PAPILA UNILATERAL EN UN NIÑO COMO HALLAZGO CASUAL

Díaz Rodríguez Raquel, Suárez Morgade Mónica, Pérez William.

Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, S/C de Tenerife.

INTRODUCCIÓN:

El edema de papila unilateral en la infancia es un rasgo característico de la neuritis óptica anterior idiopática, desmielinizante o infecciosa pero también puede ser de otra naturaleza o verse simulado por otro tipo de patologías.

DESARROLLO:

Niño de 10 años sin antecedentes de interés, que es remitido al CAE de oftalmología por ametropía y conjuntivitis alérgica controlada con seguimientos previos hospitalarios desde los 3 años. Niega sintomatología alérgica actual, cefalea o disminución de la visión. A la exploración presenta una AVMC de 1 en OD, AVSC 1 en OI con polo anterior y motilidad normales. En polo posterior (PP) del OD se objetiva una papila sobreelevada, de bordes borrosos y sin pulso venoso, sin hiperemia marcada, hemorragias o exudados. Papila contralateral normal. No refiere dolor ocular ni otros síntomas neurológicos asociados. Aporta informes de su seguimiento hospitalario (último hace 1 año), en el que se informa de PP normal.

RESULTADO:

Se realiza OCT CFNR que confirma el edema y una ecografía del globo ocular objetivando una imagen hiperecogénica de gran tamaño en la cabeza del nervio óptico (NO) del OD. Dada la unilateralidad del cuadro y las exploraciones previas normales, se solicita TAC de cráneo y órbita en el que se observa una calcificación en el NO que confirma el diagnóstico de pseudopapiledema unilateral por drusas del nervio óptico (DNO).

CONCLUSIONES:

Las DNO son la causa más frecuente de pseudopapiledema, siendo generalmente un hallazgo casual ya que raramente producen disminución de la visión. Suelen ser bilaterales aunque asimétricas y su evolución es dinámica, estando con frecuencia enterradas durante la infancia pero con tendencia a crecer, superficializarse y, hacerse visibles con el paso de los años. El diagnóstico erróneo de drusas como un verdadero edema de papila conllevaría pruebas invasivas que debemos intentar evitar.

DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL PROGRESIVA UNILATERAL. CASOS CLÍNICOS

*Pinto Herrera, C; Rodríguez Gil, R; Afonso Rodríguez, A; Gil Hernández, MA.
Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, S/C de Tenerife.*

INTRODUCCIÓN:

La disminución de agudeza visual progresiva unilateral (DAVPU) es un motivo de consulta frecuente en los servicios de oftalmología. La etiología es muy variable: refractiva, inflamatoria, vascular, infiltrativa y/o compresiva, entre otras. A continuación, presentamos dos casos clínicos de pacientes con DAVPU.

DESARROLLO:

Caso 1: mujer de 46 años que refiere DAVPU desde hace 5 meses en ojo izquierdo (OI), indolora. A la exploración oftalmológica de OI, se evidencia una mejor agudeza visual corregida (MAVC) de 0.2 (optotipo Snellen) y en el fondo de ojo (FO) una palidez papilar franca. Se observa severa afectación en OI de células ganglionares y capa de fibras nerviosas de la retina. Ante la sospecha de neuropatía infiltrativa y/o compresiva, se solicita resonancia magnética (RM) cerebral y orbitaria urgente, encontrándose un aneurisma carotideo izquierdo de la región paraoftálmica. La paciente no ha recibido tratamiento específico por el momento.

Caso 2: varón de 60 años remitido por DAVPU en ojo derecho (OD) Afirma empeoramiento de la visión desde hace 1 año. En nuestra primera evaluación, posee en OD una MAVC de 0.1 (optotipo Snellen) con edema de papila y shunt óptico-ciliar en FO. Además, presenta un campo visual totalmente patológico en OD. En este caso, se realiza también RMN urgente. El estudio evidencia una lesión tipo nodular que engloba el NO de OD, con signos sugestivos de meningioma del NO. Tras completar tratamiento radioterápico, la MAVC de OD no ha cambiado, pero sí ha habido mejoría campimétrica parcial.

RESULTADO-CONCLUSIONES:

La DAVPU puede ser la única o primera manifestación de una enfermedad o proceso subyacente que puede poner en riesgo, no solo la visión del paciente, sino su vida. Nuestro papel como oftalmólogos, es saber identificar estos casos y realizar un estudio riguroso que permita identificar la causa y tratarla, si es posible.

LEISHMANIASIS PALPEBRAL, INUSUAL DIAGNÓSTICO Y ATÍPICA PRESENTACIÓN DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA

Suárez Morgade M., Díaz Rodríguez R.

Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, S/C de Tenerife.

INTRODUCCIÓN:

La Leishmaniasis, es una enfermedad producida por protozoos del género *Leishmania*, siendo la *Leishmania infantum* la especie causal endémica en nuestro país, sin embargo, se pueden detectar otras especies procedentes de viajeros o inmigrantes.

DESARROLLO:

Varón de 34 años, sin antecedentes de interés, procedente del Hierro, valorado en marzo 2022 por presentar lesión en párpado superior izquierdo (PSOI) de 3 meses de evolución. Antecedente epidemiológico: viaje a México (Yucatán) en noviembre de 2021. Inicia enfermedad actual, un mes después, presentando pápula en canto interno del PSOI, la cual evoluciona a nódulo descamativo, absceso, costra y ulceración en tres meses. En el mes de enero en fase de absceso (pseudochalazion) es drenado en urgencias de su centro local, realizan cultivo sin biopsia, negativo para bacterias, es tratado con antibióticos y corticoides tópicos, sin mejoría. Para el momento de la consulta, se observa lesión ulcerativa de 1,5 cm de longitud, 10 mm de ancho, profunda, fondo hiperémico, bordes gruesos edematosos y serpiginosos; y una segunda lesión nodular en canto externo del mismo párpado, hiperémica.

RESULTADO:

Se realiza biopsia y toma de muestra para ADN. La biopsia reporta lesión granulomatosa tipo sarcoidal. Estudio genómico positivo para *Leishmania*. Tras descartar afectación sistémica se diagnostica Leishmaniasis cutánea múltiple, y se inicia tratamiento tópico intralesional con antimoniales, que está en curso en el momento actual y tratamiento sistémico con anfotericina B liposomal.

CONCLUSIONES:

La Leishmaniasis cutánea de localización palpebral y ocular es de difícil diagnóstico, especialmente cuando se presenta en áreas de baja incidencia. El diagnóstico se basa en los antecedentes epidemiológicos y en la presentación clínica. El aspecto de presentación más frecuente es como un nódulo tipo chalazión, por lo que el estudio anatomopatológico es imprescindible ante toda lesión de evolución tórpida.

RETINOPATÍA ASOCIADA A CÁNCER EN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL

*Quezada Peralta, G; Pinto Herrera, C; Alberto Pestano M, Rodríguez Gil, R.
Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, S/C de Tenerife.*

INTRODUCCIÓN:

La retinopatía asociada a cáncer (RAC) es un raro desorden paraneoplásico asociado a múltiples procesos oncológicos y que es causado por anticuerpos circulantes dirigidos específicamente contra antígenos retinianos. El cuadro clínico es muy heterogéneo, pudiendo ocasionar, incluso, la ceguera del paciente.

DESARROLLO:

Caso clínico: Mujer de 68 años que acude a urgencias por cuadro de 3 semanas de evolución de pérdida de agudeza visual (AV), midesopsias, fotopsias y alteración en la percepción de los colores. A la exploración, presenta una mejor AV corregida de 0.4 en ojo derecho y 0.3 en ojo izquierdo (escala de Snellen), polo anterior sin alteraciones y leve celularidad vítrea e hipopigmentación generalizada en el fondo de ojo. El estudio de tomografía de coherencia óptica macular muestra atrofia de las capas externas en ambos ojos (AO). Como antecedente, 9 meses había sido diagnosticada de un adenocarcinoma endometrial, lo que desencadenó que la paciente fuera sometida a una histerectomía más doble anexectomía. Por sospecha de RAC, se completa estudio con electroretinograma, que concluye una retinopatía generalizada severa en AO; y con estudio analítico, con enolasa neuronal específica elevada, característico de esta entidad. Con el diagnóstico de RAC, se explica la entidad clínica y su pronóstico a la paciente, la cual continúa con observación en el tiempo.

CONCLUSIONES:

La RAC es una rara afectación ocular, presente en pacientes diagnosticados con neoplasias de distinto tipo y que, en ocasiones, puede preceder al diagnóstico del proceso oncológico. Es importante reconocerlo, ya que puede guiar a la búsqueda de la neoplasia primaria, además de establecer las expectativas y el pronóstico del paciente.

TRANSILUMINACIÓN AGUDA BILATERAL DEL IRIS (BATI): A PROPÓSITO DE UN CASO

*Arteaga Henríquez, C., Tapia Quijada, H.E., Gómez Perera, S., Rodríguez Marrero, S., Falcón Roca, R.
Hospital Universitario de Canarias, S/C de Tenerife*

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de transiluminación aguda bilateral del iris (BATI) fue descrito por primera vez en 2011 por Tugal-Tutkun et al. quienes reportaron 26 pacientes con clínica aguda y bilateral caracterizada por pérdida de pigmento iridiano, transiluminación de iris, dispersión de pigmento en cámara anterior, pupilas en midriasis media con escasa o nula respuesta a la luz y aumento de la presión intraocular (PIO) en algunos casos. Se presenta el caso de una paciente que se presentó a la consulta con diagnóstico de BATI.

DESARROLLO:

Una mujer de 51 años sin antecedentes generales de importancia acude a una revisión rutinaria refiriendo fotofobia. Su mejor agudeza visual corregida con -5.0D era de 0.9 en ambos ojos, la PIO era de 12 mmHg en ambos ojos. La biomicroscopia mostró una transiluminación del iris bilateral acompañada de pupilas en midriasis media y arreflectivas a la luz. Tenía un grado menor y simétrico de cataratas en ambos ojos. Sus ángulos estaban abiertos y mostraban hiperpigmentación. Su fondo de ojo mostró una hipopigmentación difusa bilateral que puede estar relacionada con el proceso etiopatológico del síndrome BATI.

RESULTADO:

Se discuten los diagnósticos diferenciales que incluyen todas las entidades relacionadas con la despigmentación del iris, como la enfermedad herpética, el síndrome de dispersión pigmentaria, la heterocromía de Fuchs, el síndrome de pseudoexfoliación, descartándose todas ellas y llegándose al diagnóstico de BATI.

CONCLUSIONES:

El BATI es una entidad de reciente descripción y su diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos. El oftalmólogo debe conocer esta entidad con transiluminación aguda del iris bilateral y atrofia del esfínter pupilar, así como su relación con algunos antibióticos orales como el moxifloxacino.

RETINOPATÍA FÓTICA : UNA PATOLOGÍA VIGENTE

Espinoza González, Juan Pablo; Guedes Guedes, Isabel ; Siguero Martín, Leticia; Álvarez González, Eric.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

INTRODUCCIÓN:

La retinopatía solar, una forma de retinopatía fótica, es una patología descrita desde la antigüedad clásica. Se produce por mirar directamente hacia el sol, observar eclipses solares sin una protección adecuada, o a punteros láser, entre otras formas de toxicidad lumínica. El daño es producido por un mecanismo térmico o fotoquímico, que lleva a la formación de radicales libres y genera daño en la capa de fotorreceptores y epitelio pigmentario de la retina (EPR). En algunos casos la lesión es reversible, y existe recuperación de agudeza visual (AV) hasta la unidad. No obstante, en otros genera un daño permanente en forma de escotoma central o paracentral.

DESARROLLO:

Paciente de 56 años con antecedente de retinopatía solar diagnosticada hace 20 años, que acude a revisión. Presenta AV de 1.0 en ambos ojos mediante fijación extrafoveal, y de 0,4 en el ojo derecho (OD) y de 0,3 en el ojo izquierdo (OI) en posición primaria de la mirada.

RESULTADO:

En la retinografía se observa una leve alteración pigmentaria foveal que se correlaciona con una ausencia de EPR y de la capa de fotorreceptores en la tomografía de coherencia óptica (OCT), y un área de hipoautofluorescencia foveal. En la campimetría no presenta escotomas.

CONCLUSIÓN:

A pesar de las medidas preventivas en situaciones de eclipse solar siguen ocurriendo casos de retinopatía fótica y en la actualidad más frecuentemente asociado al uso de punteros láser. A pesar de que en la mayoría de los casos se consigue una buena AV, la rehabilitación visual permite obtener una buena función visual en aquellos con defectos centrales irreversibles. No existe un tratamiento en la actualidad.

DIAGNÓSTICO DE POLICITEMIA VERA A PARTIR DE UNA OBSTRUCCIÓN DE ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA

Espinoza González, Juan Pablo¹; Guedes Guedes, Isabel¹; Siguero Martín, Leticia¹; Álvarez González, Eric²; Carmen Pueyo Asensio¹.

1. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.
2. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas.

INTRODUCCIÓN:

La obstrucción de la arteria central de la retina (OACR) es un cuadro agudo de isquemia retiniana que genera una pérdida severa de visión. Su causa principal es el tromboembolismo. La OACR como manifestación inicial de la policitemia vera (PV) está escasamente descrito en la literatura.

DESARROLLO:

Paciente de 47 años, sexo femenino, con antecedente de hipertensión arterial (HTA), obesidad y dislipemia. Acude a urgencias por pérdida de agudeza visual (AV) del ojo derecho (OD) de horas de evolución, refiriendo múltiples episodios de amaurosis fugax previamente. En la exploración presenta un defecto pupilar aferente relativo (DPAR), y una AV de percepción de luz en el OD y de 0.8 en el contralateral. La presión intraocular es de 10 mm Hg en ambos ojos.

En la fundoscopia se observa una mancha rojo cereza, vasos arteriales pálidos y visualización de trombos de forma parcheada en el recorrido arterial. Se realiza masaje ocular, observándose el avance distal de los trombos arteriales objetivado mediante retinografías. La paciente mejoró su AV transitoriamente a cuenta dedos para luego descender a movimiento de manos (MM).

Se realiza un estudio mediante ecocardiograma, ecodoppler y angioTAC de vasos supraaórticos y cerebrales, sin encontrarse alteraciones. Se deriva a hematología al detectar poliglobulia en la analítica, quienes confirman el diagnóstico de PV primaria, con mutación del gen JAK2.

RESULTADO:

A pesar de una desobstrucción proximal de la arteria central de la retina mediante masaje ocular no se observó una mejoría funcional importante, presentando una AV de MM. Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento por parte de hematología y oftalmología.

CONCLUSIONES:

El diagnóstico de obstrucción de OACR secundario a PV es poco frecuente, pero con consecuencias oculares y sistémicas devastadoras. Es fundamental un diagnóstico temprano y un manejo correcto de la PV para prevenir nuevos episodios tromboembólicos.

SÍNDROME DE CHARLES BONNET. REMISIÓN POSTERIOR A CIRUGÍA DE CATARATA

Suárez Morgade, M. Díaz Rodríguez, R.

Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, S/C de Tenerife.

INTRODUCCION:

El Síndrome de Charles Bonnet (SCB) es una patología descrita en pacientes con disminución severa o pérdida de la visión, quienes manifiestan alucinaciones visuales complejas. Clásicamente se consideraba solo en pacientes con estado cognitivo conservado.

DESARROLLO:

Femenina de 78 años, derivado al CAE por disminución de la agudeza visual (AV). Antecedentes: HTA, fibrilación auricular en tratamiento con anticoagulantes orales, dislipidemia, síndrome Parkinsoniano en estudio. A la anamnesis, paciente refiere alucinaciones visuales descritas como incontables insectos en la habitación, en movimiento y en color de 2 años de evolución, cuyo inicio relacionaba con la disminución de la visión. Inicialmente, el paciente las consideraba figuras reales, las mismas le producían mucha angustia al visualizarlas nítidamente a pesar de su baja visión. Valoración oftalmológica inicial: AV de Movimiento de manos (MM) a 2 metros ambos ojos (AO). Presión intraocular: 19 mmHg AO. Biomicroscopia: OD: Catarata brunescente, OI: Catarata nuclear 5, subcapsular posterior 3+. FO: no valorable por opacidad de medios. ECO modo B: retina aplicada. Se realiza Facoemulsificación más implante de LIO monofocal ambos ojos, bajo anestesia general, en un solo acto quirúrgico para evitar la suspensión de anticoagulantes de forma prolongada debido a su comorbilidad cardiovascular de alto riesgo.

RESULTADOS:

Posterior y de forma inmediata a la cirugía, ocurrió remisión completa del cuadro clínico, la paciente no ha presentado alucinaciones y para el momento las recuerda como irreales, ocurriendo un cambio de percepción de estas. La AV lejana sin corrección post quirúrgica es de 0.7 OD y 0.8 OI.

CONCLUSIONES:

Este caso destaca la importancia de considerar la patología ocular como un factor desencadenante de alucinaciones visuales, incluso en pacientes con enfermedades neurológicas, metabólicas o psiquiátricas subyacentes previamente diagnosticadas que también podrían ser la etiología de los trastornos visuales.

OBSTRUCCIÓN DE ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA TRAS EMBOLIZACIÓN SELECTIVA DE LA ARTERIA MAXILAR INTERNA IPSILATERAL

Santana Lorenzo, A; Rodríguez González, F; Valls de Quintana, P; Peñate Santana, H; Cáceres Herrera, N; Alemán Pérez A.

Hospital Universitario Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas.

INTRODUCCIÓN:

La arteria oftálmica y la arteria maxilar interna son respectivamente ramas terminales de la carotídea interna (ACI) y de la carótida externa (ACE) por lo que no es esperable un traspaso de material embolígeno en ausencia de comunicaciones arteriales entre dichos sistemas.

CASO CLÍNICO:

Varón de 17 años con angiofibroma juvenil nasofaríngeo del seno maxilar derecho que presenta material embolígeno en la arteria central de la retina derecha en el despertar postoperatorio tras embolización supraselectiva con partículas de 100 micras de polivinil alcohol (PVA) en la arteria maxilar interna ipsilateral. No se vieron anastomosis peligrosas entre sistemas CI y CE ni procesos embólicos en el estudio mediante angiografía por sustracción digital pre y postembolización.

DISCUSIÓN:

La obstrucción de arteria retiniana (OACR) como complicación de la embolización prequirúrgica de tumores sangrantes de cabeza y cuello es rara y se ha relacionado con el material del tipo PVA y un tamaño de las partículas embolizadas menor de 150 micras. El reflujo del material hacia la arteria carótida común y luego a CI es poco probable pues en este caso la migración del émbolo habría provocado microinfartos cerebrales por dicha vía. Entre otras, están descritas numerosas anastomosis entre territorio de la arteria oftálmica y la arteria esfenopalatina (rama terminal de la arteria embolizada en este paciente). Estas variantes anatómicas pueden no ser visualizadas en la angiografía de sustracción que se realiza previamente lo que suponemos ocurrió en este caso.

CONCLUSIÓN:

La OACR puede ocurrir tras una técnica de embolización arterial supraselectiva en el sistema CE provocando daño visual permanente no esperado y que debe ser informado previamente a los pacientes.

ORBITOPATÍA TIROIDEA EN EDAD INFANTIL; CLÍNICA Y MANEJO BASADO EN NUESTRA EXPERIENCIA

Fabelo Hidalgo I; Hernández Marrero D; Acosta Acosta B I; Delgado Miranda J L; Gil Hernández M A. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, S/C de Tenerife.

INTRODUCCIÓN:

La orbitopatía tiroidea constituye una entidad poco frecuente en niños, con una clínica generalmente más indolente que en el adulto. Las afecciones más habituales son la afectación de partes blandas y la proptosis. Manifestaciones más graves como la neuropatía compresiva y la miopatía restrictiva son más raras. En cuanto a su tratamiento, las manifestaciones leves suelen remitir con la restauración del eutiroidismo con antitiroideos orales. En casos de orbitopatía activa moderada-severa se contempla el uso de corticoides y de otras terapias biológicas off-label. Se presenta una serie de casos atípicos de orbitopatía tiroidea en edad infantil.

CASOS CLÍNICOS:

Casos 1-3: Se trata de tres mujeres 7, 9, y 14 años de edad. Las tres presentaron exoftalmos y retracción palpebral. Además, el caso 2 presentó edema de papila y queratopatía, y el caso 3 cursó también con alteración de la motilidad ocular y edema de papila. Todas recibieron tiamazol. El caso 2 se trató además con corticoides orales por la clínica oftalmológica, con poca respuesta. Los tres casos precisaron tiroidectomía.

Caso 4: Mujer de 11 años con enfermedad de Graves que cursó con exoftalmos, queratopatía y retracción palpebral. Además del tratamiento con tiamazol se trató con corticoides intravenosos. Se encuentra pendiente de tiroidectomía ante la escasa respuesta a tratamiento.

Caso 5: Varón de 15 años con exoftalmos, queratopatía, retracción palpebral y estrabismo restrictivo severo. Se trató con tiamazol y corticoides intravenosos con mejoría leve por lo que se inició terapia con tocilizumab con buena tolerancia, así como inyección de toxina botulínica para el estrabismo.

CONCLUSIONES:

Los casos moderados-severos de orbitopatía tiroidea en edad infantil suponen un reto en cuanto a su manejo y precisan de una evaluación individualizada y con la colaboración de oftalmólogos y endocrinos pediatras para minimizar el impacto en la calidad de vida de estos pacientes.

TÉCNICA QUIRÚRGICA DEL FLAP ESCLERAL EN LA FOSETA ÓPTICA

Serrano García, Miguel Ángel, Alberto Pestano, María Magdalena.

Centro de Enfermedades Oculares Serrano, S/C de Tenerife.

INTRODUCCIÓN:

Describir una técnica quirúrgica poco utilizada en paciente con foseta óptica y desprendimiento neurosensorial de retina que recidiva a pesar de múltiples intervenciones terapéuticas.

DESARROLLO:

Varón que presentaba foseta óptica con desprendimiento neurosensorial de retina y MAVC 20/60 en el que se realizan múltiples intervenciones (vitrectomía con pelado de membrana limitante interna, y taponamiento con gas, laserterapia, inyección de plasma enriquecido en plaquetas) sin éxito en la resolución de la maculopatía asociada y con disminución progresiva de agudeza visual. Se decide realizar técnica quirúrgica conocida como “flap escleral”, en ella la foseta es taponada con un fragmento de esclera del propio paciente de un tamaño aproximado de 0.5 mm³ y realizado un intercambio aire-gas.

RESULTADOS:

En la evolución del paciente se aprecia la resolución completa del fluido subretiniano, y la mejoría anatómica y funcional del paciente. En la OCT se aprecia el parche de esclera posicionado de forma correcta en la foseta óptica.

CONCLUSIONES:

La técnica quirúrgica conocida como flap escleral nos permite cerrar la comunicación de la foseta con el espacio subretiniano y resolver casos de manejo complicado con los procedimientos quirúrgicos habituales.

RETINOPATÍA POR DREPANOCITOSIS; A PROPÓSITO DE UN CASO

*Pérez-Llobet Quintana, Nicolás; Rodríguez Gil, Ruymán; Gil Hernández, M Antonia.
Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, S/C de Tenerife.*

INTRODUCCIÓN:

La anemia falciforme o drepanocitosis es una hemopatía hereditaria provocada por una mutación en la hemoglobina adulta, provocando así una estructura anormal de la cadena de proteína globina y la existencia de hematíes en forma de hoz. El cuadro se caracteriza por anemia hemolítica y eventos de oclusión vascular.

Dentro de las posibles manifestaciones oculares, la afectación retiniana es frecuente, y es producida por fenómenos de oclusión vascular e isquemia, fundamentalmente en la retina periférica. Se presenta el caso de un paciente joven afecto de retinopatía drepanocítica.

CASO CLÍNICO:

Nuestro paciente es un varón de 15 años, afecto de anemia falciforme e hipertensión pulmonar, que fue derivado a la sección de retina de nuestro servicio por alteraciones pigmentarias retinianas periféricas de ambos ojos.

La biomicroscopía era normal, y en la funduscopia se objetivó palidez en la retina periférica temporal bilateral con predominio derecho, oclusiones vasculares, hemorragias y existencia de macroaneurisma en ojo izquierdo.

Se realizó una angiografía fluoresceínica que demostró la isquemia en dichos territorios, con “stops” del flujo de vasos de pequeño calibre. La campimetría mostró defecto leve en campo visual nasal de ambos ojos.

El paciente precisó tratamiento con fotocoagulación láser en las zonas de isquemia del ojo derecho, con estabilidad clínica en momento actual.

CONCLUSIONES:

Las hemoglobinopatías falciformes son unas de las enfermedades hereditarias más frecuentes, y la afectación ocular es común. Sus manifestaciones retinianas son derivadas del cierre vascular, isquemia resultante y posible proliferación fibrovascular, que puede conllevar pérdida visual si no se realiza un diagnóstico y tratamiento adecuado.

UTILIDAD DE LA RETINOGRAFÍA DE CAMPO ULTRAAMPLIO PARA EL ESTUDIO DEL COLOBOMA CORIORRETINIANO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Ogando González, R. MD, Cabrera Marrero, B. MD., Cabrera López, F. PhD.

Hospital Universitario Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas.

INTRODUCCIÓN:

El coloboma coriorretiniano (CCR) es una malformación congénita consistente en la ausencia de tejido retiniano y coroideo.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de un varón de 9 años de edad, sin antecedentes de interés, asintomático, que durante una revisión rutinaria en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil se diagnosticó de un CCR bilateral de gran tamaño.

DISCUSIÓN:

La localización de los CCR es típicamente nasal-inferior, pudiendo abarcar en sentido anteroposterior desde el iris hasta el nervio óptico. Las cámaras retinianas clásicas permitían un estudio muy limitado de los colobomas, pero con la incorporación de los nuevos equipos de campo ultraamplio se ha resuelto este problema. Éstos permiten el estudio de colobomas que asientan en la periferia, mediante un sólo disparo, en segundos y sin midriasis, lo que resulta de gran utilidad en la población infantil.

CONCLUSIÓN:

La incorporación a la oftalmología pediátrica de equipos de retinografía y OCT de campo ultraamplio es de gran utilidad para el estudio de lesiones retinianas periféricas como el CCR.

LA OCT-SA PARA EVALUACIÓN DE TRAUMATISMOS OCULARES

Ogando González, R. MD, Álvarez González, E. MD. Tandón Cárdenas, L. MD, Álvarez González, E. MD. Peñate Santana, H. PhD.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas.

INTRODUCCIÓN:

La OCT es ampliamente utilizada en el diagnóstico y seguimiento de enfermedades de la mácula. Sin embargo, su utilización a nivel corneal no está tan extendida debido a un desarrollo más tardío de los dispositivos de OCT de segmento anterior y a que éstos todavía no están disponibles en muchos centros oftalmológicos.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de un varón de 62 años que acudió al servicio de Urgencias por persistencia de molestias oculares 48h después de recibir traumatismo ocular directo con alambre al encontrarse desenrollando una bobina. Aunque a la exploración con LH no presentaba más que un defecto epitelial lineal, la OCT-SA permitió objetivar una perforación corneal autosellada.

DISCUSIÓN:

La exploración con lámpara de hendidura puede ser limitada en traumatismos oculares ocurridos muchas horas antes de la exploración por el edema corneal secundario que imposibilita una evaluación correcta de todo el espesor corneal. El uso de la OCT-SA permite una evaluación más detallada de todas las capas de la córnea, pudiendo detectar, como en este caso, soluciones de continuidad de espesor completo que hayan pasado desapercibidas en la biomicroscopía. Aunque el abordaje en un caso de perforación ocular debe plantear siempre como primera opción la sutura primaria, en caso de existir un autosellado como en este caso, se puede adoptar una actitud expectante y control estrecho, manteniendo siempre una alta sospecha de infección intraocular durante el seguimiento e instaurando un tratamiento antibiótico intensivo desde su detección hasta que se considere necesario.

CONCLUSIÓN:

La incorporación de la OCT-SA para la evaluación de traumatismos oculares puede permitir detectar una perforación corneal inadvertida en la exploración biomicroscópica lo que permite adecuar el tratamiento y seguimiento oportunos.

SENSIBILIDAD RETINIANA Y FIJACIÓN FOVEAL EN POBLACIÓN SANA MEDIANTE MICROPERIMETRÍA

Alberto Pestano, María Magdalena; Fernández Nuñez, Eslly Consuelo; Durán Carrasco, Oswaldo; Pérez-Llobet Quintana, Nicolás; Abreu González, Rodrigo.

Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, S/C de Tenerife.

INTRODUCCIÓN:

Analizar los valores de sensibilidad retiniana y fijación foveal, en población sana, en condiciones fotópicas y escotópicas usando el microperímetro MP3-S (Nidek, Gamagori, Japón).

DESARROLLO:

Estudio observacional, transversal, unicéntrico. Se realizó una microperimetría fotópica y escotópica con una rejilla de estímulos personalizada de 13 puntos centrada en fóvea de 4.5 x 4.5 mm en voluntarios sanos, sin patología ocular. Se realizó el coeficiente alfa Crombach para evaluar la fiabilidad de la microperimetría (MP) fotópica y escotópica.

RESULTADOS:

Se evaluaron 102 ojos, de 54 voluntarios sanos (edad media: 49.8 +/- 15 años). La sensibilidad retiniana media (SRM) en la prueba fotópica y escotópica fue 28.87 ± 3.3 dB y 15.72 ± 1.9 dB respectivamente. No se halló diferencias al comparar la SRM por grupo de sexos. Sin embargo, al analizar la SRM por grupos de edad se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ambas modalidades de la prueba; siendo mayor la SRM en el grupo de sujetos menores de 35 años con 30.3 ± 1.7 dB en la fotópica y 16.3 ± 1.3 dB en la escotópica; y menor en el grupo de mayores de 65 años con 26.7 ± 2.2 dB de en la fotópica y 13.8 ± 1.8 dB en la escotópica con $p= 0.0001$. En el análisis de fiabilidad mediante el coeficiente alfa de Crombach reveló una excelente fiabilidad de la MP fotópica (0.958) y buena fiabilidad en la microperimetría escotópica (0.841)

CONCLUSIÓN:

La microperimetría es un test con buena fiabilidad tanto en condiciones fotópicas como escotópicas. La SRM en condiciones fotópicas y escotópicas no difiere según el sexo, pero si disminuye con la edad. Existe una correlación positiva entre la SRM fotópica y escotópica.

XVII CONGRESO

ASOCIACIÓN ENFERMERÍA
OFTALMOLÓGICA CANARIA

RESILIENCIA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS OFTALMOLÓGICOS

03 JUN 2022
04 JUL 2022



PROGRAMA



“Acreditación de la Comisión Canaria de la Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, EN TRÁMITE”



XVII CONGRESO AEOC

Presidenta: Dra. Yésica Flores Jardo

Vicepresidenta: Dña. Idafe Jiménez Díaz

COMITÉ ORGANIZADOR

Dña. M^a Nieves Martín Alonso

Dr. Pedro Raúl Castellano Santana

Dña. M^a Soledad Medina Montenegro

D. Juan José López Delgado

RESPONSABLE CIENTÍFICA

Dra. Teresa Ramírez Lorenzo

ORGANIZA



ASOCIACIÓN ENFERMERÍA
OFTALMOLOGICA CANARIA

COLABORAN



**COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA
DE SANTA CRUZ DE TENERIFE**



**COLEGIO OFICIAL
DE ENFERMERÍA DE LAS PALMAS**



09:00

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

09:30

INAUGURACIÓN

Dra. Yésica Flores Jardo.

Presidenta del XVII Congreso de la Asociación Enfermería Oftalmológica Canaria

Dña. M^a Nieves Martín Alonso.

Presidenta de la Asociación Enfermería Oftalmológica Canaria

Dr. Pedro Valls de Quintana.

Presidente del 49 Congreso de la Sociedad Canaria de Oftalmología

Prof. Dr. José Ángel Rodríguez Gómez.

Presidente del Consejo Canario de Colegios Oficiales de Enfermería

10:00

CONFERENCIA INAUGURAL

LAS ENFERMERAS, SITUACIÓN ACTUAL Y EXPECTATIVAS

Prof. Dr. José Ángel Rodríguez Gómez. *Profesor de la Universidad de La Laguna.*

Presidente del Colegio de Enfermería de Tenerife y Presidente del Consejo

Canario de Colegios Oficiales de Enfermería. Vicepresidente del Consejo

General de Enfermería.

10:30

MESA REDONDA 1

ACTUALIZACIONES EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN OFTALMOLOGÍA

Modera: Dña. Idefe Jiménez Díaz. *Directora de Enfermería.*

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

- Consulta de enfermería en la actual oftalmología

Dña. Flor María Parrilla Cabrera. *Enfermera.*

Hospital Universitario Dr. José Molina Orosa. Lanzarote

- Integración de la consulta de enfermería en la historia clínica electrónica

Dña. Alicia Martín Herrera. *SAF de servicios centrales, CAES y consultas.*

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

- Desarrollo de la atención de enfermería a familiares de pacientes quirúrgicos en oftalmología

Dña. María Nieves Martín Alonso. *Enfermera de quirófano.*

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Gran Canaria

- Cuidados de enfermería en el paciente trasplantado de córnea

Dña. Noelia Navarro Bermúdez. *Supervisora de la Unidad de Oftalmología.*

Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife

11:15

PAUSA CAFÉ

11:30

PONENCIA

OPTIMIZAR LOS RECURSOS: TRAS LA EXPERIENCIA COVID-19

Dr. Juan José Suárez Sánchez.

Director de Enfermería de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria

12:30

MESA REDONDA 2

ROL DE ENFERMERÍA EN EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA OFTÁLMICA

Modera: D. Ariday Díaz Ginory. *Prof. Universidad Fernando Pessoa, Enfermero de quirófano.*

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Gran Canaria

- Prevención de la retinopatía diabética

Dña. M^a Isabel García Betancor. *Enfermera.*

Atención Primaria. Gran Canaria

- Intervenciones educativas para el autocuidado en el Queratocono

D. Oualina Mahmoud Chbih. *Enfermero.*

Vithas Eurocanarias Instituto Oftalmológico. Gran Canaria

- DMAE: papel de enfermería en el tratamiento intravítreo

D. Jorge Enrique Rodríguez Pérez. *Enfermero.*

Hospital Universitario Dr. José Molina Orosa. Lanzarote

- Autocuidado en el paciente con catarata: Reforzar conocimientos

Dña. Natalia María García Correa. *Enfermera del CAE San Benito.*

Gerencia del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife

14:00

ALMUERZO

16:00

TALLER

LECTURA CRÍTICA

Dirige: Dr. Pedro Raúl Castellano Santana. *Profesor Universidad de Las Palmas. Enfermero de quirófano. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Gran Canaria*

17:00

TALLER

RESILIENCIA

Dirige: D. Javier Berrocal Tadeo. *Enfermero-Coaching.*

Experto en Programación neuro-lingüística

18:00

ASAMBLEA AEOC

21:15

CENA



09:00

COMUNICACIONES LIBRES ORALES

¿OPTIMIZA RECURSOS EL ACERCAMIENTO DE ESTERILIZACIÓN A LA CIRUGÍA?

Luisa Santana Ruiz, Yanira Higuera Pérez, Nuria Galván Martín

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

PACIENTE QUIRÚRGICO OFTALMOLÓGICO EN PANDEMIA

Remedios Ruiz Mellado, Eva Santana Santana, Patricia Quevedo Fornies

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TECNOLOGÍA ENDORET EN EL AGUJERO MACULAR

Abián David Torres Duchement, Ariday Miguel Díaz Ginory, Yurena Santana Socorro

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

VER CON CLARIDAD

Ana Isabel Almeida González

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DEL APOYO SOCIAL EN LA EVOLUCIÓN POSTQUIRÚRGICA DEL PACIENTE ADULTO INTERVENIDO DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA

Yurena del Carmen Santana Socorro, Ariday Miguel Díaz Ginory, Pedro Raúl Castellano Santana, María Nieves Martín Alonso, Abián David Torres Duchement

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANOS DE OFTALMOLOGÍA

Ariday Miguel Díaz Ginory, Aisha González Aznar

Universidad Fernando Pessoa

UVEÍTIS AUTOINMUNE Y LA LOCA MICROBIOTA

Araceli Martel López, Idafe Jiménez Díaz, Dolores Lucía Ortiz Ortiz, Laura Pino Rodríguez González

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín



10:30

PONENCIA

TORTÍCOLIS DE CAUSA OCULAR

D. Francisco Javier Gabaldón Ortega. *Enfermero*
Gerente Clínica Oftalmológica Dyto. Barcelona

11:30

PAUSA CAFÉ

12:00

COMUNICACIONES LIBRES PÓSTER

**ESTERILIZACIÓN ÓPTIMA DEL MATERIAL QUIRÚRGICO OFTALMOLÓGICO
Y SU REPERCUSIÓN EN LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA**

Yaneisy Marcelo Manso, Wilma Cecilia Crosa Fernández
Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS EN URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS

Miguel Ángel Ortega Guerra, Dolores Lucía Ortiz Ortiz
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

12:30

CONFERENCIA DE CLAUSURA

UNA VISIÓN DE FUTURO DESDE LA SOCIEDAD DE LOS CUIDADOS

Dña. Rita M^a Mendoza Sánchez.
Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Las Palmas.

13:00

ENTREGA DE PREMIOS





XVII CONGRESO
ASOCIACIÓN ENFERMERÍA
OFTALMOLÓGICA CANARIA **2022**

RESÚMENES DE COMUNICACIONES

**XVII CONGRESO
AEOC**



¿OPTIMIZA RECURSOS EL ACERCAMIENTO DE ESTERILIZACIÓN A LA CIRUGÍA?

Luisa Santana Ruiz, Yanira Higuera Pérez, Nuria Galván Martín

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

INTRODUCCIÓN:

En el CHUC se creó, hace una década, la unidad de cirugía oftalmológica (en adelante UCO) como estructura orgánica autónoma que consta de dos quirófanos, una sala de despertar, una intermedia, almacenes y despachos. En la intermedia, el personal del área UCO realizaba limpieza y montaje de instrumental de las cajas de oftalmología.

La jubilación del núcleo motriz de este proyecto, las directrices marcadas por el RD 1591/2009 y la inclusión de la UCO dentro de la gestión de los quirófanos centrales, evidencian la necesidad de que el Servicio de Esterilización asuma el procesamiento completo del material de oftalmología. Siguiendo recomendaciones AORN, decidimos mantener parte del procesamiento en punto de uso, siendo el garante de los procesos el Servicio de Esterilización.

MATERIAL Y MÉTODO:

Valoración empírica del procedimiento

Análisis de resultado encuesta de satisfacción

Objetivo:

El objetivo es dar respuesta a dos cuestiones:

¿Optimiza recursos el procesamiento del instrumental de oftalmología en punto de uso?

¿Se considera descentralización de procesos su ejecución en punto de uso?

RESULTADOS:

Cambios estructurales en sala intermedia.

Contratación de personal.

Desempeño de funciones fuera de la Central de Esterilización.

Resultados encuesta .

CONCLUSIONES:

Se optimiza recursos en términos de coste-eficiencia

Mejora la seguridad del paciente con respecto a posibles eventos adversos achacables a la limpieza del instrumental

Mejora cualitativa del estado del instrumental

Mejora subjetiva del ritmo de la actividad quirúrgica

Mejora en la vía de comunicación de las partes

Garantía de los procesos

Estas mejoras coexisten con debilidades:

Cirugías cortas, recursos materiales limitados, tiempos de procesamiento más largos que las propias cirugías y no cuantificar la esterilización dentro de la planificación quirúrgica.

PACIENTE QUIRÚRGICO OFTALMOLÓGICO EN PANDEMIA

*Remedios Ruiz Mellado, Eva Santana Santana, Patricia Quevedo Fornies
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín*

RESUMEN:

Debido a la pandemia que estamos sufriendo desde el año 2020, nos vimos en la necesidad de realizar una serie de cambios en nuestra Unidad a distintos niveles para poder seguir ofreciendo servicio a todos aquellos pacientes oftalmológicos NO demorables, de una manera segura para ellos, el resto de los pacientes y el personal sanitario.

A continuación enumeramos las medidas que se tomaron y los cambios efectuados.

El HUGC Dr. Negrín dentro de su Plan de Contingencia, realiza el protocolo del paciente quirúrgico.

Las medidas que se adoptaron en ese momento y que se han ido adaptando a los diferentes niveles de la pandemia fueron:

- Se recomendó a todos los pacientes acudir sin acompañante en la medida de lo posible, evitando así aglomeraciones en salas de espera.
- Toda la información postquirúrgica se haría telefónicamente.
- A su llegada, se identifica al paciente, se le facilita gel hidroalcohólico, se le toma la Tª y se le cambia la mascarilla que trae por una quirúrgica.
- A continuación, sigue el mismo circuito previo a la pandemia.
- Los pacientes que precisan anestesia local y los pacientes que acuden para inyecciones intravítreas, no precisan de PCR.
- Los paciente programados bajo Anestesia General precisan: PCR (-) menos de 72h o PCR (+) con dos CT mayor 30 con 24h de diferencia.
- Los pacientes con patología urgente: PCR (-) Igual que el programado.
PCR (+) o no se puede esperar para la realización de la misma.
- En este caso, sacaremos todo el material fungible del quirófano, dejando sólo lo imprescindible y los equipos electromédicos necesarios (microscopio, respirador...)
En el antequirófano se queda el personal de apoyo (enfermera) con el resto del material.
- El postoperatorio se realizará en Box individual o en su defecto en el mismo quirófano.
- En caso de falso (-) se limpiaba todo el material, se saca del quirófano y se guarda en bolsas, permaneciendo en cuarentena 48H. Se realizará limpieza de techos y paredes del quirófano.



PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TECNOLOGÍA ENDORET EN EL AGUJERO MACULAR

Abián David Torres Duchement, Ariday Miguel Díaz Ginory, Yurena Santana Socorro
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

RESUMEN:

El papel de la Enfermería Quirúrgica requiere de una actualización constante de conocimientos y habilidades de los nuevos tratamientos y técnicas que se realizan en el área quirúrgica, con el fin de llevar a cabo y ofrecer a nuestros usuarios, una asistencia de calidad adaptada a los innumerables cambios que se producen, tanto a nivel de nuevos descubrimientos como del avance de las tecnologías en los procesos de la atención de las personas en el Sistema Sanitario.

Diversas investigaciones han demostrado que el Plasma Rico en Plaquetas (PRGF®-Endoret®) puede actuar como un medicamento de uso humano que está basado en la obtención de un preparado de factores de crecimiento a partir de la sangre del propio paciente. Su actividad biológica permite una mejora en la regeneración de tejidos de la superficie ocular. En la obtención de este tratamiento del PRGF la enfermería juega un papel importante. Basándonos en los resultados obtenidos mediante la práctica clínica, podemos ver que la PRGF trae resultados positivos en el campo de la oftalmología. PLo que hace necesaria una profundización en este tema.



VER CON CLARIDAD

Ana Isabel Almeida González

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

RESUMEN:

Entendemos que no puede haber salud humana sin un planeta sano, ya que los comportamientos y hábitos saludables son imposibles en un entorno contaminado que afecta al aire que respiramos, a los alimentos que comemos, al ruido que se genera.... Nosotros somos parte activa de que las cosas giren en otra dirección disminuyendo y tratando correctamente los residuos de nuestra actividad sanitaria. En primer lugar, por el tipo y cantidad de residuos que generamos. ¿Sabías que diariamente se genera 0.5Kgr cama/día en el hospital?. Esto no es sostenible. Replantear un diseño que se ajuste a evitar el impacto del cambio climático en la salud de las personas y en la del planeta es una prioridad también en nuestros centros.

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DEL APOYO SOCIAL EN LA EVOLUCIÓN POSTQUIRÚRGICA DEL PACIENTE ADULTO INTERVENIDO DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA

Yurena del Carmen Santana Socorro, Ariday Miguel Díaz Ginory, Pedro Raúl Castellano Santana, María Nieves Martín Alonso, Abián David Torres Duchement
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

PALABRAS CLAVES:

Apoyo social, desprendimiento de retina, cuidados de enfermería, complicación postoperatoria

RESUMEN

La evolución postquirúrgica de los pacientes depende de muchos factores y variables que condicionan su recuperación, como pueden ser la ansiedad, el estrés, la aparición de infecciones postoperatorias, el apoyo social, edad y comorbilidad. La investigación sobre el concepto de apoyo social se ha convertido en una de las variables a tener en cuenta a la hora de planificar e implantar estrategias de intervención enfermera para la solución de problemas de salud detectados en el paciente quirúrgico.

En el ámbito de la oftalmología el desprendimiento de retina, es una patología que está muy presente en nuestro centro. El personal de enfermería que ejerce su actividad en el ámbito de la oftalmología debe conocer sus signos, síntomas, tratamientos y complicaciones potenciales. Siendo la educación al paciente y a su entorno social fundamental, no solo en el proceso previo durante el diagnóstico, sino en la planificación y formación para que realice unos autocuidados de calidad en su domicilio.

Un servicio de calidad asistencial de enfermería en oftalmología en el CHUIMI, debe ir más allá del postoperatorio inmediato, la valoración del apoyo social percibido del paciente intervenido de desprendimiento de retina, podría ser un factor predictor de posibles defectos en el cumplimiento de las recomendaciones postquirúrgicas en dichos pacientes.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional prospectivo. Los participantes serán los pacientes programados para ser intervenidos de desprendimiento de retina en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

- Describir y analizar las relaciones entre el Apoyo Social Percibido y la evolución postquirúrgica del paciente intervenido de desprendimiento de retina.
- Describir y analizar las relaciones entre el Apoyo Social Percibido y el cumplimiento de las recomendaciones postoperatorias.



ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANOS DE OFTALMOLOGÍA

Ariday Miguel Díaz Ginory, Aisha González Aznar

Universidad Fernando Pessoa

RESUMEN:

La formación especializada para enfermería es necesaria y fundamental. Los entornos hospitalarios evolucionan a contextos cada vez más complejos, existe una creciente transformación y cronificación de las diferentes enfermedades y un apresurado avance de las nuevas tecnologías.

Una enfermera titulada en el seno de los cuidados perioperatorios requiere de la capacidad de realizar una gran cantidad de habilidades clínicas en un marco técnicamente muy complejo, que previamente ha tenido que adquirir.

Los actuales planes de estudio en el Grado en Enfermería, incluyen en este sentido, la asignatura de Médico Quirúrgica.

En la Universidad Fernando Pessoa Canarias, se imparte en el primer cuatrimestre del segundo año con 6 European Credit Transfer and Accumulation System, equivalentes a unas 150 horas. Completa esta formación, su prácticum con una totalidad de 24 créditos que cuadruplica sus horas prácticas en 600 horas. De esto se extrae una formación completa, tanto teórica como práctica. Éstas, a través de diversos convenios, son desarrolladas en centros tanto públicos como privados de la red sanitaria canaria, incluyendo entre todos ellos un centro especializado en oftalmología.

El objetivo principal de la presente comunicación es revisar, a través de la literatura y de las experiencias de los alumnos que desarrollan las prácticas en los quirófanos de oftalmología, los beneficios de su incorporación al equipo quirúrgico como parte de la formación académica.

Se utilizó como método de recogida de datos las memorias o guías de observación quirúrgica, una herramienta de soporte para los alumnos de enfermería en el Prácticum de Médico Quirúrgica durante su rotación por quirófano.



UVEÍTIS AUTOINMUNE Y LA LOCA MICROBIOTA

*Araceli Martel López, Idafe Jiménez Díaz, Dolores Lucía Ortiz Ortiz, Laura Pino Rodríguez González
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín*

RESUMEN:

La uveítis de carácter autoinmune representa la pérdida de tolerancia de nuestro sistema inmune frente a uno o varios antígenos propios produciendo un cuadro de inflamación aguda en el ojo que puede tener consecuencias graves.

En el caso clínico que se presenta, la paciente tras ser diagnosticada de uveítis en 2008 y sin causa atribuible, realiza un estudio a nivel digestivo y se le diagnostica una intolerancia a la lactosa pero negativa para celiaquía con los parámetros que en ese momento se manejaban. Tras unos años en los que se reducen los brotes a nivel ocular comienza con molestias a nivel intestinal y tras nueva consulta con el digestivo, se valoran pruebas de sobrecrecimiento bacteriano y dietas para reestablecer la microbiota intestinal, y al no obtener mejoría, se le realiza la prueba genética de la celiaquía siendo positiva con lo que la paciente se le diagnostica “Sensibilidad al trigo no celíaca”.

El tratamiento a seguir es la retirada definitiva del gluten de la dieta porque el hecho de comer gluten altera la microbiota a nivel intestinal al generar cuadros de inflamación crónica que provocan que la barrera intestinal se perfora, fenómeno de leaky gut, y pasen a torrente circulatorio partículas como la gliadina que nuestro sistema inmune detecta como extraño y genere antígenos. El problema surge cuando esta gliadina u otras partículas tengan una cadena de aminoácidos que se parecen a estructuras propias de nuestro organismo, fenómeno de mimetismo molecular, y nuestro sistema inmune acabe atacando tanto al extraño como a lo propio.

En enfermedades autoinmunes el cuidado de la microbiota es esencial por su relación con el sistema inmune para conseguir un control de los brotes mejorando así la calidad de vida del paciente.



XVII CONGRESO
2022

ASOCIACIÓN ENFERMERÍA
OFTALMOLÓGICA CANARIA

PÓSTERS

XVII CONGRESO
AEOC

ESTERILIZACIÓN ÓPTIMA DEL MATERIAL QUIRÚRGICO OFTALMOLÓGICO Y SU REPERCUSIÓN EN LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA

Yaneisy Marcelo Manso, Wilma Cecilia Crosa Fernández

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

INTRODUCCIÓN:

El procesamiento del material quirúrgico oftalmológico requiere una manipulación y procesado diferente debido entre otras cosas a su fragilidad. Por otra parte la aplicación correcta de los protocolos establecidos para su optimización conlleva una disminución de la aparición de complicaciones post quirúrgicas en el paciente. Ambos factores repercuten directamente en la programación quirúrgica y en la elección de los tiempos necesarios entre intervenciones.

OBJETIVOS:

Determinar la relación existente entre los tiempos establecidos entre cirugías oftalmológicas y la programación quirúrgica con el cumplimiento de los protocolos establecidos en nuestro servicio de esterilización en el Hospital Universitario de Canarias.

MATERIAL Y MÉTODO:

Durante la elaboración del póster se tuvo en cuenta como material de trabajo los inventarios actualizados con el material quirúrgico oftalmológico, los protocolos de limpieza, procesado y esterilización vigentes.

CONCLUSIONES:

El adecuado cumplimiento de los protocolos de limpieza, procesado y esterilización del material oftalmológico que tenemos a disposición actualmente, garantiza acortar los tiempos entre actos quirúrgicos incidiendo con ello favorablemente en la propuesta quirúrgica diaria y a su vez contribuye en una mejora de la asistencia sanitaria.



PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS EN URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS

Miguel Ángel Ortega Guerra, Dolores Lucía Ortiz Ortiz

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

RESUMEN:

El objetivo principal de este trabajo es tratar de asegurar la máxima calidad en la prestación de cuidados al paciente que debe someterse a una cirugía de urgencia oftalmológica en nuestro hospital, mediante la creación o actualización de protocolos de las principales técnicas quirúrgicas, a través de la elaboración de un póster informativo en el que se pueda obtener toda la información necesaria mediante un sistema de descarga de códigos QR.

A la hora de elegir los diferentes protocolos a incluir se ha tenido en cuenta el tipo y número de cirugías oftalmológicas que se dan con mayor frecuencia a lo largo de un año en el quirófano de urgencias, además de realizar la consulta directa al equipo de oftalmólogos y de enfermería que tratan dichas urgencias, intentando con ello atender a las diferentes demandas sobre las dificultades que conlleva enfrentarse a cirugías poco habituales y, por tanto, muy desconocidas, como son las urgencias en oftalmología.

Aprovechando la puesta en marcha de este sistema de información se ha procedido a la correcta señalización y etiquetado del material fungible, así como a la creación de nuevas cajas de instrumental quirúrgico, además de hacer una puesta al día de las ya existentes, tratando de mejorar, y a la misma vez simplificar y ahorrar tiempo en la preparación y adecuada realización de las diferentes técnicas, facilitando la labor a todo el equipo implicado.

Los protocolos quirúrgicos son documentos que con su elaboración pretenden conseguir los siguientes objetivos:

- Normalizar la práctica.
- Disminuir la variabilidad en la atención y los cuidados.
- Mejorar la calidad de los servicios prestados.
- Constituir una poderosa fuente de información.
- Facilitar la atención a personal de nueva incorporación.



ORGANIZA



SOCIEDAD CANARIA DE
OFTALMOLOGIA

COLABORAN



Evento Libre
de humo de tabaco