

# **XLV CONGRESO SCO**

**Sociedad Canaria de Oftalmología**



ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA  
OFTALMOLÓGICA CANARIA

## **XIV Congreso de la Asociación de Enfermería Oftalmológica de Canarias**

Hotel Escuela | 16 - 17 Junio 2017



Auditorio de Tenerife Adán Martín | 16 - 17 Junio 2017

## COMITÉ DE HONOR

Excmo. Sr. D. Fernando Clavijo Batlle

*Presidente del Gobierno de Canarias*

Excmo. Sr. D. Carlos Alonso Rodríguez

*Presidente del Cabildo Insular de Tenerife*

Excmo. Sr. D. José Manuel Bermúdez Esparza

*Alcalde de Santa Cruz de Tenerife*

Excmo. Sr. D. José Manuel Baltar

*Consejero Sanidad de Gobierno de Canarias*

Magfco. Sr. D. Antonio Martínón Cejas

*Rector de la Universidad de La Laguna*

Sr. D. Agustín Castañeyra Perdomo

*Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud*

Sr. D. Rodrigo Martín Hernández

*Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Santa Cruz de Tenerife*

Dr. Francisco Cabrera López

*Presidente de la Sociedad Canaria de Oftalmología*

Dr. Huneidi A. Razzak Sultán

*Presidente del XLV Congreso de la Sociedad Canaria de Oftalmología*

## COMITÉ ORGANIZADOR

**Presidente:**

Dr. Huneidi A. Razzak Sultán

**Vicepresidente:**

Dr. José Augusto Abreu Reyes

**Comité Científico:**

Dr. Pedro Abreu Reyes

Dr. José Juan Aguilar Estévez

**Vocales:**

Dra. Bárbara Acosta Acosta

Dr. Ignacio Iceta González

Dr. Manuel Sánchez-Gijón González-Moro

Dr. Rodrigo Abreu González

Dr. Ruymán Rodríguez Gil

Dr. Valentín Tinguaro Díaz Alemán

## JUNTA DIRECTIVA

**Presidente:**

Dr. Francisco Cabrera López

**Vicepresidenta:**

Dra. Cristina Mantolán Sarmiento

**Secretario:**

Dr. Francisco Medina Rivero

**Tesorero:**

Dra. Elena de las Heras Acevedo

**Vocales:**

**Gran Canaria:**

Dr. Miguel Ángel Reyes Rodríguez

**Tenerife:**

Dr. Huneidi Abdul Razzak Sultan

**Lanzarote:**

Dr. Félix Bonilla Aguiar

**Fuerteventura:**

Dr. Raji Mohrez Muvdi

**La Palma:**

Dr. Francisco Andrés León Hernández

**La Gomera:**

Dra. Mónica García Somalo

**El Hierro:**

Dr. José Luis Delgado Miranda

## JUEVES 15 DE JUNIO

**Symposium Essilor - Hotel Silken Atlántida**

17:00 - 17:45

**ERA DIGITAL Y PRESBICIA**

Ponente: **Dra. Noelia Suárez**

**Symposium del Club Español de la Mácula. Patrocinado por Novartis**

17:00 - 20:30

*La Cascada Eventos*

Moderadores: **Dr. Rodrigo Abreu González y Dr. Juan Donate López**

## VIERNES 16 DE JUNIO • Auditorio de Tenerife Adán Martín

**MAÑANA**

08.30 - 09:00

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

09:00 - 10:30

**COMUNICACIONES LIBRES**

Moderadores: **Dra. M Antonia Gil Hernández**

**Dr. Miguel Ángel Reyes Rodríguez**

**PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD DE BEST**

**Espinosa-Barberi G., López Cotin C., Tejera Santana M.**

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

**DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON DEBUT EN EDAD PEDIÁTRICA:**

**HALLAZGOS OFTALMOLÓGICOS**

**Hernández Marrero D, Gómez Álvarez B, Alonso Plasencia M, Gil Hernández MA**

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife*

**ENCUESTA NACIONAL SOBRE EL MANEJO DEL EDEMA MACULAR DIABÉTICO**

**Abreu González R., Gallego Pinazo R., Donate López J., López Gálvez M.I.**

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife*

**VARIANTES FISIOLÓGICAS Y PATOLÓGICAS DE LA VASCULARIZACIÓN DE LA PAPILA**

**Santos Bueso E., Ventura Abreu N., Vinuesa Silva M.J, García Sánchez J.**

*Unidad de Neurooftalmología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid*

**EDEMA MACULAR Y ESCLEROSIS MÚLTIPLE**

**Santos Bueso E., Ventura Abreu N., Vinuesa Silva M.J, García Sánchez J.**

*Unidad de Neurooftalmología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid*

**NEURITIS ÓPTICA BILATERAL EN UN CASO DE ESCLEROSIS CONCÉNTRICA DE BALÓ**

**Agustino Rodríguez J, Rocha Cabrera P, Sánchez García M, Perera Sanz D.**

*Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna*

**TRATAMIENTO CON OCRIPLASMINA EN EL SÍNDROME DE TRACCIÓN VÍTREO-MACULAR EN NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL**

**Díaz Rodríguez R, Abreu González R, Albero Pestano M, Abreu Reyes P.**

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife*

**DESPRENDIMIENTOS SEROSOS EN LA MIOPIA. MÁCULA EN CÚPULA.  
ALTERNATIVA TERAPÉUTICA**

*Rocha Cabrera P., Blasco Alberto A., Cordovés Dorta L., Abreu Reyes J.A.  
Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna*

**TERAPIA FOTODINÁMICA: INDICACIONES Y RESULTADO DE SU APLICACIÓN  
EN NUESTRO CENTRO**

*Hernández Marrero D, Gil Hernández MA, Cordovés Dorta L, Abreu Reyes P  
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife*

**EXTRACCIÓN DE PERFLUOROCARBONO LIQUIDO SUBFOVEAL:  
A PROPÓSITO DE UNA CASO**

*Alberto Pestano MM., Díaz Rodríguez R., Abreu González R.  
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife*

**NIEVE VISUAL. SERIE DE 8 CASOS**

*Santos Bueso E., Pinto Herrera C., Vinuesa Silva M.J., García Sánchez J.  
Unidad de Neurooftalmología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid*

10:30 - 11:00

Pausa Café

11:00 - 12:30

**MESA REDONDA I: SUPERFICIE OCULAR**

Moderadores: *Dr. Manuel Sánchez-Gijón González-Moro  
Dr. Javier Rodríguez Martín*

**“DIAGNÓSTICO ACTUAL EN EL OJO SECO”**

*Dr. José Manuel Benítez del Castillo*

**“PERSPECTIVAS DE TRATAMIENTO EN OJO SECO”**

*Dr. Luis Tandon Cárdenes*

**“DERIVADOS HEMÁTICOS Y AGENTES BIOLÓGICOS EN  
PATOLOGÍA DE SUPERFICIE OCULAR”**

*Dr. David Galarreta Mira*

**“TERAPIA ANTIANGIOGÉNICA EN PATOLOGÍA CORNEAL”**

*Dr. Javier Celis Sánchez*

**“ANILLOS INTRAESTROMALES: MODELO NUMÉRICO PARA  
PREDECIR CAMBIOS REFRACTIVOS”**

*Dra. Sabine Kling*

**“EN EL CXL, DEBEMOS RESPETAR EL EPITELIO O DEBEMOS  
ACELERAR EL PROCEDIMIENTO?”**

*Dr. Jorge Álvarez Marín*

12:30 - 13:00

**CONFERENCIA ACTUALIZACIÓN I**

Moderadores: *Dr. José Juan Aguilar Estévez  
Dr. Huneidi A. Razzak Sultán*

**“NUEVAS CONTRIBUCIONES EN EL ESTUDIO DE GLAUCOMA”**

*Prof. Manuel Antonio González de la Rosa*

13:00 - 13:30 **CONFERENCIA DE ACTUALIZACIÓN II: CIRUGÍA DE LA CórNEA**

Moderador: **Dr. Manuel Sánchez Gijón González-Moro**  
**Dr. Luis Tandón Cárdenas**

Ponente: **Dr. Javier Celis Sánchez**

13:30 – 13.50 **CONFERENCIA MAGISTRAL**  
**CONSIDERACIONES SOBRE LA CIRUGÍA MINIMAMENTE INVASIVA**  
**EN EL GLAUCOMA**

**Prof. Julián García Sánchez**

13:50 - 14:15 **INAUGURACIÓN DEL XLV CONGRESO DE LA SCO**

**Exmo. Sr. D. Fernando Clavijo Batlle**

*Presidente del Gobierno de Canarias*

**Excmo. Sr. D. Carlos Alonso Rodríguez**

*Presidente del Cabildo Insular de Tenerife*

**Exmo. Sr. D. José Manuel Bermúdez Esparza**

*Alcalde de Santa Cruz de Tenerife*

**Sr. D. Ignacio Carlos López Puech**

*Director de Área de Salud de Tenerife. Gobierno de Canarias*

**Magfco. Sr. D. Antonio Martínón Cejas**

*Rector de la Universidad de La Laguna*

**Sr. D. Agustín Castañeyra Perdomo**

*Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud*

**Dr. Francisco Cabrera López**

*Presidente de la Sociedad Canaria de Oftalmología*

**Dr. Huneidi A. Razzak Sultán**

*Presidente del XLV Congreso de la Sociedad Canaria de Oftalmología*

14:15 - 16:00 Almuerzo de trabajo

**TARDE**

16:00 - 17:30 **COMUNICACIONES LIBRES**

Moderadores: **Dr. Ruymán Rodríguez Gil**

**Dra. Blanca Montesinos Ventura**

**AMILOIDOSIS PRIMARIA (AL) CON PRESENTACIÓN ORBITARIA**

**Agustino Rodríguez J, De Armas Ramos E, Medina Mesa E, Armas Domínguez K.**

*Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna*

**ESTIRAMIENTO DEL TERCIO MEDIO FACIAL EN EL ECTROPION**  
**PARALITICO SEVERO**

**Alberto Pestano, MM., Delgado Miranda JL., Acosta Acosta B.,**

**Hernandez Marrero D., Serrano Alvarez-Buylla A.**

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife*

## **LÁSER ND-YAG COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA A LA QUERATOPATÍA CRISTALINA**

**Rodríguez Talavera, I.**

*Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna*

## **PERFORACION CORNEAL EN UN PACIENTE CON HISTORIA PREVIA DE URETRITIS**

**Espinosa-Barberi G., Miranda Fernández S., Borges Trujillo R., Rutllán Civit J.J.**

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

## **SENSIBILIDAD DE LOS PARÁMETROS MORFOLÓGICOS DE LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA SPECTRAL-DOMAIN EN EL GLAUCOMA**

**Blasco Alberto, A; Talavera, I; González Hernández, M; Díaz Alemán, VT.**

*Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna*

## **FACOVITRECTOMÍA CON PRÓTESIS DE IRIS EN SÍNDROME DE BLAU**

**Reyes Rodríguez MA., Carreras Díaz H., García García A.**

*Clínica Eurocanarias Oftalmológica. Las Palmas de Gran Canaria*

## **QUERATOPATÍA BULLOSA TRAS CAPSULOTOMÍA CON LÁSER ND:YAG.**

**Rocha Cabrera P., Ángel Pereira D., Abreu Reyes JA., Pérez Martín W.**

*Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna*

## **ESTESIONEUROBLASTOMA CON AFECTACION ORBITARIA**

**Espinosa-Barberi G., Rutllán Civit JJ., Medina Rivero F.**

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

## **¿QUÉ HACEMOS AHORA?**

**Bahaya Álvarez Y, Álvarez Marín J, Alonso Plasencia M.**

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife*

## **SCHWANNOMA DEL NERVIIO INFRAORBITARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

**Delgado Miranda JL., Alberto Pestano MM., Hernández Marrero D.,**

**Sánchez Medina Y.**

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife*

## **ESCLEROSIS MÚLTIPLE INFANTIL**

**Santos Bueso E., Oreja Guevara C., Vinuesa Silva MJ., García Sánchez J.**

*Unidad de Neurooftalmología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid*

## **SUPLEMENTACIÓN NUTRICIONAL CON OMEGA-3: RELACIÓN ENTRE VOLUMEN Y CONCENTRACIÓN**

**Abreu González R., Abreu Reyes JA.**

*Centro de Oftalmología Abreu, Tacoronte*

## **BIOMETRIA EN LA CATARATA PEDIATRICA. VARIABLES RESPECTO AL ADULTO**

**Aguilar Estevez JJ, Rocha Cabrera P., Abreu Reyes J.A.**

*Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna*

17:30 - 18:00

Pausa Café

18:00 - 18:30

## **“SÍNDROME TÓXICO OCULAR”**

Moderadores: **Dr. José Augusto Abreu Reyes**

**Dr. Rodrigo Abreu González**

Ponentes: **Dr. Alfredo Amigó Rodríguez**

**Dr. Luis Cordovés Dorta**



- 18:30 - 19:00 **CONTROVERSIAS: GLAUCOMA  
CIRUGÍA EN EL GLAUCOMA PRIMARIO DE ÁNGULO CERRADO:  
CIRUGÍA DE CATARATA VS CIRUGÍA FILTRANTE**  
Moderadores: *Dr. Valentín Tinguaro Díaz Alemán  
Dra. Ivanna García Oliva*  
Ponentes: *Dr. David Viera Peláez  
Dr. Enrique Santos Bueso*
- 19:00 - 19.20 **CONFERENCIA DEL XLV CONGRESO  
El Universo Invisible**  
*Dr. Jesús Falcón Barroso - Instituto de Astrofísica de Canarias*
- 19.20 - 19.30 **PRESENTACIÓN DE ARCHIVOS DE LA SCO**
- 19.30 - 20.30 **ASAMBLEA GENERAL DE SOCIOS**
- 21:15 **CENA DE TRABAJO**

## **SÁBADO 17 DE JUNIO** · Auditorio de Tenerife Adán Martín

### **MAÑANA**

09:00 - 10:00

#### **PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE PÓSTER**

Moderadores: *Dr. Francisco Andrés León Hernández  
Dr. Pedro Rocha Cabrera*

#### **HEMANGIOMA HIPERMETROPIZANTE**

*Espinosa-Barberi G., Combarro Túñez M., García Abellán V., Palazón Ortiz L.  
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria*

#### **MELANOCITOMA DE NERVIÓ ÓPTICO DE HALLAZGO ACCIDENTAL**

*Espinosa-Barberi G., Combarro Túñez M., Miranda Fernández S.  
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria*

#### **CAMPO AMPLIO EN LA OCT-ANGIOGRAFÍA: ANÁLISIS DE SISTEMAS**

*Abreu González R., Donate López J., Dolz Marco R., Gallego Pinazo R.  
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife*

#### **HIPOPLASIA DEL NERVIÓ ÓPTICO; A PROPÓSITO DE UN CASO**

*Rubio Rodríguez CG, Rodríguez Gil R.  
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife*

#### **PERFIL CLÍNICO Y TOMOGRÁFICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS POR PRIMERA VEZ DE DMAE NEOVASCULAR EN LA PRACTICA CLINICA**

*Alberto Pestano MM., Abreu González R., Rubio Rodriguez G.,  
Gil Hernández A., Abreu Reyes P.  
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife*

#### **RECONSTRUCCIÓN PALPEBRAL EN UN CASO DE PSEUDOTUMOR ORBITARIO CRÓNICO**

*Agustino Rodríguez J, Medina Mesa E, De Armas Ramos E,  
Ruiz De La Fuente Rodríguez P.  
Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna*

**INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE HEXAFLUORURO DE AZUFRE (SF6)  
Y PERFLUOROPROPANO (C3F8) COMO ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS  
EN EL SÍNDROME DE TRACCIÓN VITREOMACULAR**

*Blasco Alberto A., Ángel Pereira D., Rodríguez Talavera I., Cordovés Dorta L.,  
Pérez Negrín E.*

*Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna*

**CAMBIOS TOMOGRAFICOS EN LA ELEVACION DEL EPITELIO PIGMENTARIO  
DE LA RETINA EN PACIENTES CON DMAE NEOVASCULAR TRATADOS  
CON RANIBIZUMAB INTRAVITREO EN LA PRACTICA CLINICA HABITUAL**

*Díaz-Rodríguez R, Abreu-González R, Alberto-Pestano MM, Abreu-Reyes P.*

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife*

**ADENOCARCINOMA DEL SACO LAGRIMAL: UN DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA**

*Díaz Rodríguez R, Delgado Miranda JL, Acosta Acosta B, Sánchez Peraza JJ.*

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife*

**QUERATITIS POR PSEUDOMONA ASOCIADA AL USO DE LENTES  
DE CONTACTO BLANDAS DIARIAS**

*Espinosa-Barberi G., Tandón Cárdenes L., Miranda Fernández S.*

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

**NEOVASCULARIZACIÓN SUBRETINIANA SECUNDARIA A HEMORRAGIA  
SUBRETINIANA MASIVA IDIOPÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

*Espino García A., Peral Ortiz de la Torre MJ., Carpio Bailén R.,*

*Toledano Fernández N.*

*Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid*

10:00 - 10:30

**CONFERENCIA DE ACTUALIZACIÓN III:  
ACTUALIZACIÓN EN LA MULTIFOCALIDAD**

Moderadores: *Dr. Ignacio Iceta González  
Dr. Miguel Ángel Pérez Silguero*

Ponente: *Dra. Filomena Ribeiro*

10:30 - 11:00

**CONFERENCIA DE ACTUALIZACIÓN IV:**

Moderadores: *Dr. Huneidi A. Razzak Sultán  
Dr. José Alberto Muiños Gómez-Camacho*

**“EFICACIA DEL CXL PARA DIFERENTES ESPESORES CORNEALES:  
DETERMINACIÓN EXPERIMENTAL Y APLICACIÓN CLÍNICA”**

*Dra. Sabine Kling*

11:00 - 11:30

Pausa Café

11:30 - 13:00

**MESA REDONDA II: RETINA QUIRÚRGICA**

Moderadores: *Dr. Pedro Abreu Reyes  
Dr. Francisco Cabrera López*

**“RESULTADOS DE LA CIRUGÍA DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA  
CON PERFLUOROCTANO PRESUNTAMENTE TÓXICO”**

*Dr. Miguel Ángel Serrano García*



**“NUEVOS DISPOSITIVOS EN CIRUGÍA VÍTREORETINIANA”**

*Dr. Francisco Cabrera López*

**“DESPRENDIMIENTO DE RETINA”**

*Dr. Juan Donate López*

**“RETINOPATÍA DIABÉTICA PROLIFERATIVA”**

*Dr. Santiago Abengoechea Hernández*

**“TERAPIA INTRAVITREA Y CIRUGÍA DE RETINA”**

*Dr. Rodrigo Abreu González*

**“SÍNDROME DE TRACCIÓN Y VITREOMACULAR”**

*Dr. Luis Arias Barquet*

**“CIRUGÍA DE LA MEMBRANA EPIRETINIANA MACULAR  
Y AGUJERO LAMELAR”**

*Dr. Enrique Cervera Taulet*

13:30 - 14:00

**CLAUSURA DEL XLV CONGRESO Y ENTREGA DE LOS PREMIOS SCO**



ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA  
OFTALMOLÓGICA CANARIA



# XIV Congreso de la Asociación de Enfermería Oftalmológica Canaria

*Cuidados que garantizan salud visual*

Hotel Escuela | 16 - 17 Junio 2017

## COMITÉ ORGANIZADOR:

Dña. M<sup>a</sup> Nieves Martín Alonso  
D. Pedro Raúl Castellano Santana  
Dña. M<sup>a</sup> Soledad Medina Montenegro  
D. Juan José López Delgado

## RESPONSABLE CIENTÍFICA:

Dra. Teresa Ramírez Lorenzo

Actividad acreditada con 1 crédito por la Comisión Canaria de Formación Continua de las Profesiones Sanitarias, nº de expediente 05-1214-4A



08:30 ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

09:00 **ACTO INAUGURAL**

**Dr. Huneidi A. Razzak Sultán**

*Presidente del 45 Congreso de la Sociedad Canaria de Oftalmología*

**Dr. José Ángel Rodríguez Gómez**

*Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Tenerife  
y Presidente del Consejo Canario de Colegios de Enfermería*

**D. Javier Medina Andana**

*Presidente de la Sociedad Española de Enfermería Oftalmológica*

**Dña. María Nieves Martín Alonso**

*Presidenta de la Asociación de Enfermería Oftalmológica Canaria*

09:30 **PONENCIA:**

**OMISIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS, VISUALIZAR PARA MEJORAR**

**D. Óscar Rey Luque**

*Enfermero del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria.  
Máster en investigación, gestión y calidad en cuidados para la salud*

10:30 **CAFÉ**

11:00 **MESA REDONDA:**

**“INYECCIONES INTRAVÍTREAS ¿PODEMOS MEJORAR?”**

Modera: **Dña. Idafe Jiménez Díaz**

*Subdirectora de Enfermería de Servicios Quirúrgicos.  
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín*

Ponentes:

**Dña. Eva M<sup>a</sup> Santana Santana**

*Supervisora CMA, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín*

**Dña. Luisa Santana Ruiz**

*Supervisora esterilización Hospital Universitario de Canarias. Tenerife*

**Dña. Claudia Gómez García**

*Enfermera asistencial Clínica Perpetuo Socorro. Gran Canaria*

12:00 **PONENCIA:**

**“LA PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA Y LA DEPENDENCIA”**

**D. Pedro Raúl Castellano Santana**

*Enfermero Quirófano Hospital Universitario Insular. Gran Canaria*

13:00 **TALLER:**

**“ESCALAS DE VALORACIÓN/EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA”**

**Dra. Yésica Flores Jardo**

*Doctora por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.  
Enfermera CAE Las Palmas de Gran Canaria*

14:00 **ALMUERZO**

- 16:00 **TALLER:**  
**“HABILIDADES SOCIALES APLICADAS AL ÁMBITO LABORAL”**  
**Dr. Francisco Javier Castro Molina**  
*Doctor por la Universidad de La Laguna. Enfermero de Salud Mental y del Trabajo. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.*
- 17:00 **TALLER:**  
**“CUIDAMOS DE LOS DEMÁS...¿Y DE NOSOTROS?  
UNA FORMA DIFERENTE DE VIVIR LA PROFESIÓN”**  
**D. Javier Berrocal Tadeo**  
*Enfermero-Coaching, PNL e Inteligencia Emocional*
- 18:00 **CAFÉ**
- 18:30 **MESA REDONDA:**  
**“GESTIÓN ENFERMERA EN CMA DE OFTALMOLOGÍA”**  
Modera: **D. Ariday Díaz Ginory**  
*Supervisor Quirófano Hospital Vithas Santa Catalina. Gran Canaria*  
Ponentes:  
**D. Jorge Enrique Rodríguez Pérez**  
*Enfermero quirófano H. Dr. José Molina Orosa. Lanzarote*  
**Dña. Ana Isabel Almeida González**  
*Enfermera asistencial URPA de CMA, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín*  
**D. Eduardo Santana Vega**  
*Enfermero Clínica La Paloma. Gran Canaria*  
**D. Pablo Guardiola Villarino**  
*Enfermero quirófano Hospital Vithas Santa Catalina. Gran Canaria*
- 19:30 **ASAMBLEA SOCIOS AEOC**
- 21:15 **CENA OFICIAL**

## SÁBADO 17 DE JUNIO · Hotel Escuela

- 09:30 **PONENCIA:**  
**“GUÍA DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA PARA PACIENTES  
CON DIAGNÓSTICO DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO AEH TIPO1, POR DÉFICIT  
DE FUNCIÓN DE C1-INHIBIDOR. A PROPÓSITO DE UN CASO”**  
**D. Javier Medina Andana**  
*Enfermero. Responsable de Área Quirúrgica de la Clínica Virgen de Luján. Sevilla.*
- 10:30 **PONENCIA:**  
**“NUEVOS RETOS”**  
**Dña. M<sup>a</sup> Aurora Egido Cañas**  
*Enfermera de Oftalmología del Hospital de La Paloma. Madrid*

11:30 **CAFÉ**

12:00 **COMUNICACIONES LIBRES**

**PÓSTERS**

**EDUCACIÓN SANITARIA OCULAR EN EL USO DE DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS.  
ASUMIENDO NUEVOS ROLES**

*Zaida Vega López, Yolanda Barba Franco, Luis Pérez Maña, Olga Salas Fandos*

**TRANSPLANTE DE CÓRNEA: UNA DONACIÓN, UN COMIENZO**

*Lorena Santana Reina, Armando Suárez Santana*

**COMUNICACIÓN ORAL**

**CENTURIÓN: GARANTIZANDO RESULTADOS**

*Armando Suárez Santana, Lorena Santana Reina*

13:30 **PONENCIA:**

**CUANDO LA DIFERENCIA IMPORTA, PARECER NORMAL ES UN ARTE**

*Dña. M<sup>a</sup> Nieves Martín Alonso*

*Enfermera Quirófano HUIGC*

14:00 **ENTREGA DE PREMIOS Y CONCURSO FOTOGRÁFICO**

14:30 **CLAUSURA**



ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA  
OFTALMOLOGICA CANARIA



ORGANIZACION  
COLEGIAL DE ENFERMERIA  
Consejo Canario de Colegios  
de Enfermería

---

# RESÚMENES DE COMUNICACIONES



# XLV CONGRESO DE LA SCO



# COMUNICACIONES LIBRES

VIERNES 9.00 - 10.30 h.

## PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD DE BEST

*Espinosa-Barberi G., López Cotin C., Tejera Santana M.*

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

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad de Best es una maculopatía de herencia autosómica dominante, con expresividad y penetrancia variable. Una mutación detectada en el gen VMD2 (11q13) se ha relacionado con esta patología. La edad de presentación de los síntomas visuales abarcan desde infancia hasta la adolescencia. Se trata de una enfermedad lentamente progresiva pero que puede producir atrofia de los fotorreceptores y del epitelio pigmentario con graves consecuencias visuales.

**Caso clínico:** Varón de 44 años con historia personal de cicatriz macular en su ojo izquierdo desde la infancia, no presentaba otros antecedentes de interés. Acude por disminución progresiva de la agudeza visual en ambos ojos.

**RESULTADOS:** La mejor agudeza visual con su corrección era de 0.6 en el ojo derecho y 0.4 en ojo izquierdo. El examen del fondo de ojo revela una cicatriz macular en su ojo derecho, además de cambios atróficos a nivel del epitelio pigmentario rodeados por un halo amarillento y líquido subretiniano en el izquierdo. La OCT muestra hallazgos compatibles con la funduscopia. El electrooculograma fue anómalo con un índice de Arden de 1.23 en el ojo derecho y 1.25 en el izquierdo. El electroretinograma era normal.

**CONCLUSIONES:** La distrofia macular viteliforme o enfermedad de Best se trata de una condición genética que se caracteriza por acúmulo de material amarillento a nivel del epitelio pigmentario y/o subretiniano. En nuestro paciente, debido a la ausencia de antecedentes familiares, se sospecha de una mutación de novo en el gen VMD2, lo que ocurre raramente. Según los hallazgos funduscópicos y tomográficos se puede decir que presenta un estadio atrófico en el ojo derecho y vitellorruptivo en el ojo izquierdo. Una prueba complementaria imprescindible para el diagnóstico de esta patología es el electrooculograma, que típicamente está disminuido o abolido.

---

## DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON DEBUT EN EDAD PEDIÁTRICA: HALLAZGOS OFTALMOLÓGICOS

*Hernández Marrero D, Gómez Álvarez B, Alonso Plasencia M, Gil Hernández MA*

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife*

**INTRODUCCIÓN:** La diabetes mellitus tipo 2 (DM-2) está viendo incrementada su aparición en edad pediátrica con el aumento de la prevalencia de la obesidad infantil, problema especialmente frecuente en nuestra comunidad autónoma. Hay pocos trabajos publicados sobre la aparición de retinopatía diabética (RD) en este rango de edad, así como tampoco está establecido cuándo debe iniciarse el cribado de RD en estos casos.

**DESARROLLO:** Se describe un estudio transversal descriptivo de los pacientes con DM-2 que debutaron en la infancia de nuestra área hospitalaria. Se realiza exploración de datos basales al diagnóstico y en el momento del estudio de manera conjunta entre los servicios de endocrinología y oftalmología.

**RESULTADO:** Se estudiaron 5 pacientes (10 ojos) con una edad media al debut de la DM-2 de 11,2 años tras una media de evolución de la diabetes de 8,4 años. El 80% y 40% de la muestra presentaba obesidad al debut y al momento del estudio, respectivamente. La HbA1c media al debut y al estudio fue de 10,6% y 8,4%, respectivamente. No hubo ningún caso con HTA, pero sí un 60% de la muestra presentaba dislipemia, tanto al debut como en el evolutivo. Se detectó RD leve un ojo de una paciente (10%). En ningún caso se realizó el cribado de RD al diagnóstico de la diabetes, no habiéndose realizado aún en dos de ellos (40%).

**CONCLUSIONES:** En nuestro estudio hemos detectado un caso con RD leve (10%). Sin embargo, debido al pequeño tamaño muestral no podemos establecer este porcentaje como la prevalencia de RD en DM-2 de inicio precoz. El programa de cribado de RD se ha realizado de manera dispar.

---

## ENCUESTA NACIONAL SOBRE EL MANEJO DEL EDEMA MACULAR DIABÉTICO

*Abreu González R., Gallego Pinazo R., Donate López J., López Gálvez M.I.*

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife*

**INTRODUCCIÓN:** Describir el patrón de práctica clínica habitual en el manejo del edema macular diabético (EMD), en los especialistas en retina en España relacionados con: el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento.

**DESARROLLO:** Se realizó una encuesta anónima, vía web y auto-administrada entre oftalmólogos de diferentes regiones del país. Los datos fueron almacenados de forma automática y electrónica para su posterior análisis. Se consideró que existía consenso cuando hubo un acuerdo en 2/3 o más de las respuestas en cada ítem.

**RESULTADOS:** Las respuestas de 137 participantes fueron analizadas. En relación al diagnóstico hubo consenso en la utilidad de: la medida de la agudeza visual, la exploración biomicroscópica del segmento posterior y el estudio con tomografía de coherencia óptica, pero no con el uso de la retinografía o la angiografía con fluoresceína (48,3%). El tratamiento con anti-vegf es la primera opción terapéutica para el EMD con afectación central (96,4%) y el 67,2% comienzan el tratamiento con una dosis de carga de 3 inyecciones intravítreas. El tratamiento con láser es poco utilizado y el corticoide de elección, en el caso de tener que usarlo, es el implante de dexametasona (91,2%). Para el retratamiento se utilizan tanto criterios anatómicos como funcionales, siendo el PRN el régimen más utilizado en la fase de mantenimiento.

**CONCLUSIONES:** Los resultados de esta encuesta reflejan el patrón de manejo actual del edema macular diabético en España y resaltan las diferencias entre la evidencia científica y recomendaciones en la práctica clínica habitual.

## VARIANTES FISIOLÓGICAS Y PATOLÓGICAS DE LA VASCULARIZACIÓN DE LA PAPILA

**Santos Bueso E., Ventura Abreu N., Vinuesa Silva M.J, García Sánchez J.**

*Unidad de Neurooftalmología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid*

La arteria central de la retina emerge en la papila y se divide en dos ramas, una ascendente y otra descendente, que se ramifican en ramas más o menos numerosas llegando hasta la ora serrata. Las variantes de la vascularización retiniana pueden ser fisiológicas o patológicas. Entre las fisiológicas destacan la arteria cilio-retiniana, troncos vasculares comunes, lazadas prepapilares o cruces prepapilares así como la tortuosidad vascular fisiológica o la tortuositas vasorum retinae. Entre las patológicas destacan los hemangiomas racemosos o los macrovasos congénitos retinianos.

En este trabajo realizamos una revisión iconográfica de las variantes fisiológicas y patológicas de la vascularización de la papila.

---

## EDEMA MACULAR Y ESCLEROSIS MÚLTIPLE

**Santos Bueso E., Ventura Abreu N., Vinuesa Silva M.J, García Sánchez J.**

*Unidad de Neurooftalmología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid*

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad autoinmune crónica que afecta predominantemente a mujeres jóvenes. El edema macular en pacientes con EM puede ser producido como efecto secundario de fármacos como el fingolimod (Gilenya®) que es un modulador de los receptores de esfingosina-1-fostato y se utiliza para el tratamiento de las formas remitentes-recurrentes de la enfermedad que no responden a otros tratamientos, o en inicios muy agresivos de la enfermedad. Presentamos un caso clínico de un paciente en tratamiento con fingolimod que desarrolló edema macular reversible y recidivante al tratamiento.

Además revisamos la presencia de edema macular en pacientes con EM, como en los casos de uveítis intermedia o en aquellas situaciones de muerte celular en los que puede desarrollarse un edema macular microquístico en la capa nuclear interna de la retina que para algunos autores puede ser indicativo de un mayor deterioro y progresión de la EM.

---

## NEURITIS ÓPTICA BILATERAL EN UN CASO DE ESCLEROSIS CONCÉNTRICA DE BALÓ

**Agustino Rodríguez J, Rocha Cabrera P, Sánchez García M, Perera Sanz D.**

*Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna*

La Enfermedad de Baló fue descrita en 1928 por Josezf Baló. Es una variante de enfermedad desmielinizante. Se caracteriza por un patrón concéntrico de desmielinización de la sustancia blanca. Actualmente se conoce como Esclerosis Concéntrica de Baló (ECB). Es una enfermedad rara con menos de 100 casos reportados en la literatura.

**CASO CLÍNICO:** mujer de 49 años que acude por disartria y alteración sensitivo-motora hemicorporal izquierda. A la exploración oftalmológica se objetiva una agudeza visual (AV) de 0.2 en ojo

derecho (OD) y 0.8 en ojo izquierdo (OI). Defecto pupilar aferente relativo (DPAR) en OD, palidez papilar de OD. En campo visual se identifica un defecto centrocecal en OD y central en OI. Todos los hallazgos son compatibles con neuritis óptica bilateral asimétrica. El estudio de neuroimagen pone de manifiesto la presencia de múltiples lesiones de sustancia blanca, con una lesión en corona radiada izquierda con morfología concéntrica compatible con Esclerosis concéntrica de Baló. Se le administran bolos de 1g de metilprednisolona endovenoso durante 5 días con mejoría significativa de la clínica y de las lesiones de neuroimagen. Ha presentado varias recaídas desde el inicio con una evolución de la AV de 0.05 en OD y 0.5 en OI, con disminución importante de la sensibilidad en ambos campos visuales.

**CONCLUSIONES:** Inicialmente, se consideró la ECB como una variante rara de la EM con una evolución fulminante, ya que el diagnóstico solía ser post-mortem. Actualmente, se acepta que son enfermedades asociadas. El diagnóstico diferencial se realiza con otras enfermedades desmielinizantes. Existen diferentes evoluciones: subagudos y autolimitados, remitente-recurrente y rápidamente progresiva. Al igual que en la EM y la ADEM puede cursar con neuritis óptica. La RMN ha permitido una identificación y tratamiento precoz de la enfermedad.

---

## **TRATAMIENTO CON OCRIPLASMINA EN EL SÍNDROME DE TRACCIÓN VÍTREO-MACULAR EN NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL**

*Díaz Rodríguez R, Abreu González R, Albero Pestano M, Abreu Reyes P.*

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife*

**INTRODUCCIÓN:** El objetivo de nuestro trabajo es describir nuestra experiencia con el tratamiento con ocriplasma para pacientes con síndrome de tracción vítreomacular (TVM) sintomático en la práctica clínica habitual.

**DESARROLLO:** Para ello llevamos a cabo un estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes de nuestra área tratados con ocriplasma bajo la indicación de síndrome de TVM. Se estudiaron, entre otras variables, las complicaciones del tratamiento y la respuesta al mismo.

**RESULTADO:** Se incluyeron un total de 6 ojos, todos con TVM focal. La mayoría fueron hombres, fáquicos y sin patología ocular concomitante. Dos presentaron agujero macular (AM). La tracción se resolvió en 3 (50%) de los pacientes, y el AM se cerró en uno de ellos (50%). Sólo 1 (16.67%) tuvo una complicación grave.

**CONCLUSIONES:** La ocriplasmia intravítrea parece una alternativa eficaz y segura como tratamiento de la TVM, ya que consigue la liberación de la tracción en un alto porcentaje de casos con un perfil de seguridad aceptable.

---

## **DESPRENDIMIENTOS SEROSOS EN LA MIOPIA. MÁCULA EN CÚPULA. ALTERNATIVA TERAPÉUTICA.**

*Rocha Cabrera P., Blasco Alberto A., Cordovés Dorta L., Abreu Reyes J.A.*

*Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna*

**INTRODUCCIÓN:** La mácula en cúpula (MC) fue descrita por primera vez por Gaucher y colaboradores como una elevación convexa de la mácula dentro de un estafiloma miópico, pudiendo asociarse a un desprendimiento seroso de la retina neurosensorial (6-52% de los casos).

**CASOS CLÍNICOS:** Se presentan tres casos clínicos de retinocoroidosis miópica con mácula en cúpula. Refieren disminución de agudeza visual unilateral, tonometría y biomicroscopía bilateral normal. En la funduscopia se evidencia maculopatía unilateral y en la Tomografía de Coherencia Óptica (OCT), mácula en cúpula con desprendimiento neurosensorial (DNS).

**RESULTADOS:** Iniciado tratamiento con espironolactona, en los tres casos se comprueba mejoría por OCT.

**CONCLUSIONES:** El tratamiento con espironolactona se demuestra eficaz en la mejoría tras OCT macular y se demuestra como técnica fundamental en el seguimiento de esta patología. Tras la evidencia mostrada, se postula tratamiento inicial con espironolactona. Se aprecia en los todos los pacientes un incremento de un aumento del espesor escleral o subfoveal corioideo subyacente.

---

## **TERAPIA FOTODINÁMICA: INDICACIONES Y RESULTADO DE SU APLICACIÓN EN NUESTRO CENTRO**

*Hernández Marrero D, Gil Hernández MA, Cordovés Dorta L, Abreu Reyes P*

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife*

**INTRODUCCIÓN:** La terapia fotodinámica (TFD) es una modalidad de tratamiento en la que un compuesto no tóxico, sensible a la luz, que en el caso ocular es el verteporfin, es administrado para posteriormente ser activado por la exposición a la luz para producir un efecto por oclusión vascular local en un área de tratamiento determinada. Su principal indicación inicial para la neovascularización coroidea (NVC) secundaria a la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) y a la miopía patológica se ha extendido más recientemente para otras patologías, como la coriorretinopatía central serosa (CCS).

**DESARROLLO:** Se presenta un estudio retrospectivo descriptivo de pacientes que han sido tratados mediante TFD durante el periodo 2000-2016, con el objetivo de exponer las indicaciones realizadas y resultados de su aplicación.

**RESULTADO:** Durante el período 2000-2016 han sido tratados mediante TFD 103 ojos, de los cuales han sido incluidos 97. Las indicaciones realizadas han sido: DMAE neovascular (47,4%), neovascularización coroidea (NVC) miópica (8,2%), coriorretinopatía central serosa (CCS) (35%), vasculopatía polipoidea (5%), maculopatía miópica en cúpula (3%) y telangiectasia macular idiopática (1%). Los mejores resultados los hemos encontrado en aquellos pacientes con CCS, con resolución del fluido subretiniano en la última visita del 61,7%. Se detectó recidiva del desprendimiento neurosensorial en el 18% de los ojos.

**CONCLUSIONES:** La terapia con antiangiogénicos intravítreos ha relegado a un segundo puesto la aplicación de TFD en pacientes con DMAE neovascolar y NVC miópica. La TFD ha mostrado buenos resultados en pacientes con coriorretinopatía central serosa y discretos en la maculopatía miópica en cúpula, en la vasculopatía polipoidea y en la telangiectasia macular idiopática. Destaca como principal limitación de nuestro trabajo su carácter retrospectivo.

---

## **EXTRACCION DE PERFLUOROCARBONO LIQUIDO SUBFOVEAL: A PROPOSITO DE UNA CASO**

**Alberto Pestano MM., Díaz Rodríguez R., Abreu González R.**

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife*

**INTRODUCCION:** Presentamos un caso clínico de retención de perfluorocarbono líquido (PFCL) subfoveal.

**DESARROLLO:** Análisis retrospectivo de la historia clínica, retinografías y OCT de un caso con retención de PFCL secundario a cirugía por desprendimiento de retina

**RESULTADO:** Mujer de 51 años con retención subfoveal de PFCL tras intervención por desprendimiento de retina, a la que se le realizó una retinotomía terapéutica al mes para su extracción. Como complicación se produjo un agujero macular de espesor completo, que se resolvió de forma espontánea.

**CONCLUSION:** En el tratamiento de la retención de PFC subfoveal debemos tener en cuenta el potencial de mejoría de la agudeza visual y la localización macular o extramacular de la retención de PFCL.

---

## **NIEVE VISUAL. SERIE DE 8 CASOS**

**Santos Bueso E., Pinto Herrera C., Vinuesa Silva M.J., García Sánchez J.**

*Unidad de Neurooftalmología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid*

La nieve visual (NV) es un síntoma consistente en la visión continua de puntos blancos móviles de pequeño tamaño en la totalidad del campo visual. Se considera parte del aura migrañoso y puede producir una interferencia importante en las actividades diarias de los pacientes alterando su calidad de vida y concluyendo en diagnósticos erróneos como pérdida visual no orgánica o patología psiquiátrica incluso. En el caso de los pacientes pediátricos supone una dificultad añadida por la complejidad en el desarrollo de la historia clínica infantil y la expresión de los síntomas por parte de los niños.

Presentamos una serie de ocho casos de NV diagnosticados en la Unidad de Neurooftalmología del Hospital Clínico San Carlos, uno de ellos en un paciente pediátrico de 11 años.

---



## **AMILOIDOSIS PRIMARIA (AL) CON PRESENTACIÓN ORBITARIA**

**Agustino Rodríguez J, De Armas Ramos E, Medina Mesa E, Armas Domínguez K.**

*Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna*

La amiloidosis es un conjunto de enfermedades caracterizado por el depósito de sustancia amiloide, que puede ser localizada o afectar a varios tejidos. La forma orbitaria es poco frecuente y se puede manifestar como una forma superficial, profunda o una combinación de ambas.

**CASO CLÍNICO:** Varón de 69 años con lesión en párpado superior izquierdo (PSI), que ha aumentado progresivamente en 3 años; con antecedentes de cáncer de próstata, timoma tipo A pT2N0M0, hiperplasia suprarrenal, polineuropatía del paciente crítico e hiperuricemia. La TC y la RMN de órbita objetivan una masa en glándula lagrimal con infiltración de la musculatura, que no capta contraste y no produce erosión ósea. Se le realiza una biopsia incisional que se informa como amiloidosis orbitaria. El estudio de extensión identifica una paraproteinemia monoclonal IgG kappa. Se diagnostica de Amiloidosis localizada orbitaria en probable relación con GMSI (Gammapatía monoclonal de significado incierto). Debido a la pluripatología del paciente, se realiza una actitud conservadora, con observación y pruebas de imagen.

**CONCLUSIONES:** Los síntomas de las diferentes formas de amiloidosis son muy inespecíficos y ante su sospecha debe realizarse una serie de pruebas para identificar la presencia del material amiloide en los tejidos. El tratamiento va a depender del tipo concreto de amiloidosis y, en los casos sistémicos, se centrará en disminuir la producción de proteína amiloide o en incrementar su eliminación. En los casos localizados se puede optar por la observación, la cirugía o tratamientos paliativos.

---

## **ESTIRAMIENTO DEL TERCIO MEDIO FACIAL EN EL ECTROPION PARALITICO SEVERO**

**Alberto Pestano, MM., Delgado Miranda JL., Acosta Acosta B., Hernandez Marrero D., Serrano Alvarez-Buylla A.**

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife*

**INTRODUCCIÓN:** la principal indicación oftalmológica del lifting del tercio medio facial es el ectropión paralítico severo. Puede realizarse un abordaje via transcutánea o via transconjuntival. Esta técnica nos permite tratar la ptosis ciliar y puede combinarse con tira tarsal y/o un implante de pesa de oro en el tratamiento del lagofltalmo en pacientes con parálisis facial.

**DESARROLLO:** Revisamos una serie de cuatro casos con ectropión paralítico severo, intervenidos en nuestro centro de lifting medio facial mediante via transcutánea con incisión subciliar, desperiostización del hueso malar y suspensión al periostio

**RESULTADOS:** de los casos revisados 4 fueron intervenidos de lifting medio facial y 3 de ellos se combinaron con tira tarsal. Todos los pacientes presentaron mejoría de la epifora, y buen resultado estético con resolución de ectropión, aunque persistencia de leve lagofltalmo.

**CONCLUSIONES:** Observamos buenos resultados tras el estiramiento del tercio medio facial en pacientes con ectropión paralítico severo.

## LÁSER ND-YAG COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA A LA QUERATOPATÍA CRISTALINA

**Rodríguez Talavera, I.**

*Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna*

**INTRODUCCIÓN:** La queratopatía cristalina es una infección rara generalmente asociada al *Streptococcus viridans*, especialmente en pacientes con defectos epiteliales y bajo tratamiento con corticoides tópicos. Su resistencia habitual al tratamiento antibiótico tópico secundaria a la formación de biofilms ha llevado a la búsqueda de otras opciones terapéuticas, entre ellas, la aplicación del láser Nd-YAG.

**DESARROLLO:** Se presentan dos casos de pacientes diagnosticados de queratopatía cristalina en el servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Canarias cuya evolución tórpida como consecuencia de la falta de respuesta terapéutica derivó en el uso coadyuvante de láser Nd-YAG. Se realizaron impactos de baja intensidad sobre la lesión corneal, manteniendo tratamiento antibiótico y valorando posteriormente su evolución.

**RESULTADOS:** Tras la aplicación de impactos de láser sobre el infiltrado infeccioso se observó que este, siendo inicialmente no respondedor al tratamiento antibiótico, sufría una regresión progresiva hasta alcanzar en uno de los casos su resolución completa.

**CONCLUSIONES:** La queratopatía cristalina es una infección corneal de progresión lenta y generalmente resistente a tratamiento antibiótico tópico. El desarrollo de los biofilms se ha considerado como la causa principal de dicha resistencia, cumpliendo el láser Nd-Yag un papel importante en la ruptura de estas películas biológicas y la posterior resolución de la lesión corneal.

---

## PERFORACION CORNEAL EN UN PACIENTE CON HISTORIA PREVIA DE URETRITIS

**Espinosa-Barberi G., Miranda Fernández S., Borges Trujillo R., Rutllan Civit J.J.**

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

**INTRODUCCIÓN:** *Neisseria gonorrhoeae* es un patógeno causante de conjuntivitis severas, que pueden llegar a ocasionar graves complicaciones, como la perforación corneal, debido a su capacidad proteolítica sobre el epitelio corneal íntegro. En la actualidad, se trata de una infección poco frecuente en el adulto y muchas veces infradiagnosticada debido a que se confunde con cuadros de queratoconjuntivitis víricas. Debido a la gravedad del éste, es importante un diagnóstico precoz de presunción e inicio temprano de la terapia sistémica.

**CASO CLÍNICO:** Paciente varón de 40 años remitido a nuestro hospital por un proceso de melting corneal en su ojo derecho tras un cuadro de uretritis no filiada. La agudeza visual en este ojo es de percepción luminosa, en la exploración del segmento anterior se evidencia un adelgazamiento corneal severo, con descematocele e infiltrado inferonasal y microperforaciones en sector nasal superior selladas por el iris. La muestra de secreción conjuntival resulta positiva para diplococos gram- y se inicia antibioterapia sistémica. Debido a la gravedad del cuadro se procede a la realización de una queratoplastia penetrante en caliente a las 48 horas del diagnóstico y se remite el botón corneal del receptor a microbiología, cuya PCR resulta positiva para *Neisseria gonorrhoeae*.

**CONCLUSIONES:** A pesar de tratarse de un cuadro infrecuente en el adulto, la queratitis por *Neisseria gonorrhoeae* debe sospecharse siempre que estemos ante una conjuntivitis grave en un paciente sexualmente activo y con antecedentes de clínica genitourinaria, dada la rápida evolución de la misma. En el momento del diagnóstico es importante descartar otras enfermedades de transmisión sexual acompañantes. Es esencial el empleo precoz de antibioterapia por vía sistémica, que ha demostrado una efectividad superior en combinación con terapia tópica, que esta última por separado.

---

## **SENSIBILIDAD DE LOS PARÁMETROS MORFOLÓGICOS DE LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA SPECTRAL-DOMAIN EN EL GLAUCOMA**

**Blasco Alberto, A; Talavera, I; González Hernández, M; Díaz Alemán, VT.**

*Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna*

**INTRODUCCIÓN:** El principal objetivo de este trabajo es determinar y comparar los valores de sensibilidad de la capa de fibras nerviosas (RNFL) sin Sistema de Posicionamiento Anatómico (APS), de la RNFL con APS y del área del anillo neuroretiniano (RIM), en el diagnóstico de glaucoma.

**DESARROLLO:** La muestra de trabajo la componen pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto, pigmentario y pseudoexfoliativo. El análisis funcional se hizo con un perímetro Octopus estrategia TOP y el morfológico papilar (RNFL y RIM) con el Tomógrafo de Coherencia Óptica (OCT) Spectralis® con APS (Módulo Glaucoma Premium) y sin APS. Los dos pruebas fueron realizadas en el mismo día por un optometrista experimentado.

**RESULTADOS:** Se incluyeron en el estudio 54 pacientes (92 ojos) normales y 48 pacientes (80 ojos) con glaucoma. El defecto medio (MD) de los pacientes normales fue de 0.18 dB (SD 1.6) y de los glaucomatosos de 7.91 dB (SD 7.57). Con una especificidad del 95%, la sensibilidad media del área del RIM fue de 53.73% (ROC 92.74, IC 95% 94.76-90.72), de la RNFL con APS fue 34.15% (ROC 85.42, IC 95% 89.73-81.11), y de la RNFL sin APS fue de 29.70% (ROC 83.78, IC 95% 87.87-79.69). Con una especificidad del 95%, el sector con mayor sensibilidad corresponde al cuadrante temporal inferior del área del RIM, 84.26%.

**CONCLUSIONES:** Con una especificidad del 95%, el análisis del área del RIM presenta de forma significativa mayor sensibilidad media que la RNFL con y sin APS sugiriendo que debe ser considerado como principal parámetro morfológico diagnóstico en pacientes con glaucoma y OCT Spectralis®.

---

## **FACOVITRECTOMÍA CON PRÓTESIS DE IRIS EN SÍNDROME DE BLAU**

**Reyes Rodríguez MA., Carreras Díaz H., García García A.**

*Clínica Eurocanarias Oftalmológica. Las Palmas de Gran Canaria*

**INTRODUCCIÓN:** Presentamos el caso de una mujer de 36 años con antecedente de panuveitis bilateral por síndrome de Blau, que sufre trauma ocular en el ojo derecho con herida perforante en limbo inferior y herniación de iris.

**DESARROLLO:** Tras cirugía de urgencias se evidencia pérdida importante de agudeza visual y fotofobia. En la exploración oftalmológica se observa astigmatismo corneal de 11 dioptrías en eje de 60 grados, aniridia traumática inferior, catarata nuclear y membrana epiretiniana macular.

Se realiza cirugía programada 9 meses después del traumatismo procediéndose a realizar facoemulsificación de la catarata con implante de lente intraocular monofocal tórica de 11 dioptrías en eje de 60 grados (modelo AT TORBI 709 M) y de prótesis sectorial de iris (IPS®) de color marrón en zona inferior encima de la lente intraocular, ambos endosaculares. La introducción de la prótesis de iris se realiza mediante incisión escleral tunelizada superior de 4 mm de diámetro. Se realiza vitrectomía por tres vías 25 G vía pars plana, capsulotomía posterior con vitreotomo y pelado de membrana epiretiniana macular y membrana limitante interna teñida con azul tripan (membrane dual®).

**RESULTADOS:** En el postoperatorio encontramos una modificación en el eje del astigmatismo corneal por lo que procedemos a rotar la lente intraocular con la ayuda del aberrómetro intraoperatorio (ORA System®) y el sistema de imagen guiada (VERION®).

No encontramos otras complicaciones a nivel del segmento anterior y posterior. La inflamación ocular ha estado controlada en todo momento con el uso de corticoides y metotrexato por vía oral.

**CONCLUSIONES:** Es necesario abordar estos casos de trauma ocular mediante múltiples procedimientos para conseguir el mejor resultado posible. En nuestro paciente se asocia la presencia de una panuveítis previa por lo que se recomienda realizar la cirugía mínimamente invasiva para generar la menor inflamación posible. Es posible conseguir un resultado funcional y refractivo satisfactorio como ocurre en nuestro paciente.

---

## QUERATOPATÍA BULLOSA TRAS CAPSULOTOMÍA CON LÁSER ND:YAG.

*Rocha Cabrera P., Ángel Pereira D., Abreu Reyes JA., Pérez Martín W.*

*Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna*

**INTRODUCCIÓN:** están descritas complicaciones tras la capsulotomía láser Nd:YAG que no deben banalizarse, entre las que cabe mencionar: daños en la LIO, incluso con desplazamiento de la misma, aumento de la presión intraocular (PIO), hemorragia retiniana, uveítis, prolapso vítreo, vitritis, bloqueo pupilar con glaucoma secundario, hifema, endoftalmítis, edema macular y desprendimiento de retina. La complicación más frecuente es el aumento de la PIO, seguida de la uveítis.

**CASO CLÍNICO:** varón de 75 años, intervenido de catarata de ojo derecho hace dos años sin incidencias. Realizándose capsulotomía láser Nd:YAG con parámetros estándar por opacificación capsular posterior. A las 48 horas presenta edema corneal con microbublas, tratándose entonces con corticoterapia y solución hipertónica tópicas con escasa mejoría, por lo que se incorpora al tratamiento, lente de contacto terapéutica, combinación de hialuronato de sodio con heparina de sodio y suero autólogo, iniciándose una mejoría progresiva de la agudeza visual, siendo a los seis meses de la unidad con recuperación de la morfología corneal.

**RESULTADOS-CONCLUSIONES:** se describe una queratopatía bullosa tras capsulotomía láser Nd:YAG y su resolución definitiva tras el tratamiento tópico combinado establecido y lente de contacto terapéutica.

## ESTESIONEUROBLASTOMA CON AFECTACION ORBITARIA

*Espinosa-Barberi G., Rutllán Civit JJ., Medina Rivero F.*

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

**OBJETIVO:** se reporta el caso clínico de un varón de 57 años con clínica de epifora y edema parpebral en el ojo izquierdo, además de epistaxis ipsilateral. El paciente comenta historia de dolor retroocular y abundante lagrimeo. Su mejor agudeza visual corregida es de 0.8 en ambos ojos, motilidad sin restricciones e indolora, segmento anterior e imagen funduscopica normales.

**MÉTODO:** reporte de un caso clínico retrospectivo

**RESULTADOS:** la biopsia insicional de fosa nasal izquierda revela una mucosa nasal con infiltración por neoplasia maligna de alto grado de células pequeñas. El perfil inmunohistoquímico es positivo para cromogranina, sinaptofisina, CD56 y EMA. La RM de senos paranasales muestra una lesión hipercaptante con vacíos tubulares en T2, que ocupa ambas fosas y afecta el hueso etmoidal con pérdida de las paredes mediales de las órbitas e infiltración de su grasa. En el TAC de cuello se observan adenopatías bilaterales laterocervicales.

**CONCLUSIONES:** Se llega a la conclusión de que se trata de un estesioneuroblastoma indiferenciado de alto grado (estadio C según la clasificación de Kadish) y con varios factores de mal pronóstico (edad mayor de 50 años, presencia de adenopatías y estadio avanzado al momento del diagnóstico), por lo que se inicia tratamiento combinado de quimioterapia y radioterapia. En la actualidad se observa gran mejoría radiológica, sin imágenes de resto tumoral. Debido al reducido número de pacientes reportados con esta patología, no existen consensos específicos sobre el seguimiento, pero ha demostrado ser un tumor con alta tasa de recidiva aun años después de la remisión, por lo que se aconsejan controles de por vida.

---

## ¿QUÉ HACEMOS AHORA?

*Bahaya Álvarez Y, Álvarez Marín J, Alonso Plasencia M.*

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife*

**INTRODUCCIÓN:** El pterigium es una patología benigna de la superficie ocular, frecuente en nuestro medio. Su tratamiento es quirúrgico, y su complicación más frecuente la recidiva.

**DESARROLLO - CASO CLÍNICO:** Varón de 51 años de edad remitido a consulta para valoración de pterigium en su ojo derecho.

A la anamnesis refiere dislipemia a tratamiento con Simvastatina y haber sido intervenido de pterigium en tres ocasiones en su ojo derecho y en una ocasión en su ojo izquierdo, respectivamente.

La exploración ocular revela un pterigium nasal y temporal en ojo derecho y ausencia de cicatrización conjuntival y/o leucoma corneal en ojo izquierdo. Por ello, sospechamos que ha sido intervenido sólo en su ojo derecho, en cuatro ocasiones.

Dadas la indicación quirúrgica, el alto riesgo de recidiva, y la ausencia de conjuntiva sana en dicho ojo, se realizaron una plastia conjuntival nasal y temporal con adhesivo biológico TISSEEL® en el ojo derecho, a partir de la conjuntiva bulbar superior e inferior del ojo izquierdo, respectivamente.

Los pasos quirúrgicos se explican en formato vídeo.

**RESULTADO – DISCUSIÓN:** La cirugía de pterigium mediante plastia conjuntival con adhesivo biológico permite minimizar el riesgo de recidiva, al controlar los dos principales factores responsables de la misma: la exéresis incompleta de la lesión y la inflamación postoperatoria.

Habitualmente, la plastia se obtiene a partir de la conjuntiva bulbar superior o inferior del ojo afecto. Este es el primer caso en que, ante la ausencia de conjuntiva sana, hemos empleado el ojo contralateral.

A los seis meses de la cirugía, el paciente presenta ausencia de hiperemia conjuntival y recidiva de pterigium en su ojo derecho, con conjuntiva normal en su ojo izquierdo.

**CONCLUSIONES:** La plastia conjuntival con adhesivo biológico debería ser la técnica de elección en la cirugía del pterigium, ya sea primario o recidivado, al minimizar el riesgo de recidiva. La obtención de la plastia podrá realizarse a partir del ojo contralateral sólo en aquellos pacientes sin conjuntiva sana en el ojo afecto, secundaria a reintervenciones sucesivas.

---

### **SCHWANNOMA DEL NERVIUM INFRAORBITARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

*Delgado Miranda JL., Alberto Pestano MM., Hernández Marrero D., Sánchez Medina Y.*

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife*

**INTRODUCCIÓN:** Los Schwannomas de la orbita son tumores poco frecuentes (1- 6%) originados en las células de Schwann de la vaina de mielina de los nervios periféricos.

**DESARROLLO:** Presentamos varón de 67 años en estudio por cefalea con hallazgo en resonancia magnética de lesión sólida encapsulada orbitaria derecha extraconal de 24mm. En la exploración oftalmológica destaca: agudeza visual corregida 0.9/0.7, exoftalmo leve, ortotropía sin limitaciones de la motilidad, ni diplopía. Campos visual y retinografía dentro de límites normales. Se realiza exéresis de la lesión con capsula íntegra y biopsia intraoperatoria vía orbitotomía lateral ampliada e inferior.

**RESULTADOS:** la anatomía patológica confirma lesión correspondiente a Schwannoma, el paciente mantiene agudeza visual y motilidad tras la cirugía.

**Conclusión:** Los schwannoma orbitarios son poco frecuentes su comportamiento suele ser benigno y su localización en la orbita nos guiará el abordaje para la extirpación de la lesión.

---

### **ESCLEROSIS MÚLTIPLE INFANTIL**

*Santos Bueso E., Oreja Guevara C., Vinuesa Silva MJ., García Sánchez J.*

*Unidad de Neurooftalmología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid*

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad autoinmune crónica que afecta predominantemente a mujeres jóvenes. Sin embargo entre un 2 y un 5% se presenta antes de los 16 años, con unas características especiales que diferencian el cuadro de la edad adulta. También predomina en el sexo femenino, principalmente en la adolescencia y en un 90% en forma de EM remitente recurrente.



En general el curso es menos progresivo y más benigno con síntomas transitorios que remiten más rápidamente que en la edad adulta. Sin embargo debido al mayor tiempo de evolución de la enfermedad, los niños en la edad adulta tienen un pronóstico similar a la EM que se desarrolla en la edad adulta.

Presentamos los cinco casos de EM infantil diagnosticados en el Hospital Clínico San Carlos así como las características, formas de presentación, evolución y tratamiento de los mismos.

---

## **SUPLEMENTACIÓN NUTRICIONAL CON OMEGA-3: RELACIÓN ENTRE VOLUMEN Y CONCENTRACIÓN**

**Abreu González R., Abreu Reyes JA.**

*Centro de Oftalmología Abreu, Tacoronte*

**INTRODUCCIÓN:** Nuestro objetivo es analizar las características morfométricas, y la relación con la cantidad de omega 3 (DHA y EPA) de las cápsulas de gel de suplementación nutricional comúnmente utilizadas en oftalmología.

**DESARROLLO:** Estudio doble ciego, en el cual se incluyeron marcas de suplemento nutricional con omega 3 comercialmente disponibles. Las medidas fueron realizadas por un único observador con un pie de rey calibrado, utilizando 3 cápsulas por producto y obteniendo la media de las tres medidas. Se desarrolló un sistema de cálculo de volumen para la forma de la cápsula. La información de la cantidad de ácidos grasos omega-3 fue obtenida directamente del fabricante.

**RESULTADOS:** Se analizaron cápsulas de 10 marcas de suplementación con omega-3. El diámetro medio fue de 8,13 +/- 1,01 mm, la longitud media de 14,77 +/- 1,94 mm y el volumen medio de 0,63 +/- 0,15 cm<sup>3</sup>. La cápsula con mayor concentración de omega-3 en menor volumen fue Aredsan Duo<sup>®</sup> con 991,60 mg/cm<sup>3</sup> y la de menor concentración fue Nutrof Omega<sup>®</sup> con 183,41 mg/cm<sup>3</sup>.

**CONCLUSIONES:** Existen diferencias significativas entre los diferentes tamaños, cantidad de omega-3 y volúmenes de las cápsulas de suplementación nutricional con omega-3 utilizadas habitualmente en oftalmología.

---

## **BIOMETRIA EN LA CATARATA PEDIATRICA. VARIABLES RESPECTO AL ADULTO**

**Aguilar Estevez JJ, Rocha Cabrera P., Abreu Reyes J.A.**

*Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna*

La catarata pediátrica ha sido y sigue siendo un reto quirúrgico, pero la selección de la lente intraocular a implantar lo es aún mayor. Presentamos las variables que nos permiten seleccionar la potencia para el primer ojo y como el resultado de ésta condiciona la selección para el segundo ojo.

---

# DISCUSIÓN DE PÓSTER

SÁBADO 09.00 - 10.00 h.

## HEMANGIOMA HIPERMETROPIZANTE

*Espinosa-Barberi G., Combarro Túñez M., García Abellán V., Palazón Ortiz L.*

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

**INTRODUCCIÓN:** El hemangioma de coroides es un tumor benigno de origen vascular poco frecuente. Se han definido dos formas clínicas, la circunscrita que no suele asociarse a enfermedades sistémicas y la difusa que se presenta casi exclusivamente en pacientes con síndrome de Sturge-Weber. Presenta un curso asintomático que puede variar dependiendo de su localización.

**MÉTODO:** Mujer de 53 años con antecedentes de cáncer de mama tratada con quimioterapia y radioterapia hace dos años, que acude para revisión.

**RESULTADOS:** La agudeza visual era de 0.8 en el OD y 0.4 en el OI. La refracción revela una hipermetropización en su OD. En el polo posterior se observa una lesión sobreelevada de coloración anaranjada perimacular superior en OD. En la OCT existe rectificación de la línea del epitelio pigmentario, sin líquido subretiniano. En la ecografía ocular se aprecia un engrosamiento coroideo difuso con alta reflectividad interna. La angiografía con verde indocianina muestra una intensa hiperfluorescencia temprana con una rápida pérdida de esta en tiempos tardíos. Por las características del tumor y apoyo en las pruebas complementarias, se llega al diagnóstico de hemangioma coroideo circunscrito.

**CONCLUSIONES:** Para el diagnóstico de confirmación de esta patología se requiere del estudio histológico, pero se puede llegar a un diagnóstico clínico correcto mediante una detallada anamnesis y las pruebas complementarias previamente descritas. Debido a sus características funduscópicas se debe establecer el diagnóstico diferencial con otras patologías tumorales más frecuentes como el melanoma de coroides, que en la ecografía muestra una reflectividad interna media-baja; o las metástasis coroideas (tumor intraocular más frecuente) que suelen ser bilaterales y cuyo llenado en la angiografía es más lento y menos intenso. El tratamiento, al tratarse de un tumor asintomático en nuestro caso, es conservador, siendo indicativo de inicio del mismo la presencia de fluido subretiniano.

---

## MELANOCITOMA DE NERVIÓ ÓPTICO DE HALLAZGO ACCIDENTAL

*Espinosa-Barberi G., Combarro Túñez M., Miranda Fernández S.*

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

**OBJETIVO:** revisar las características clínicas del melanocitoma del nervio óptico mediante el reporte de un caso clínico de una paciente de 56 años de edad, en cuyo examen funduscópico se procede al hallazgo accidental de la lesión en su ojo derecho.

**Método:** estudio retrospectivo de un caso clínico

**Resultados:** la agudeza visual de la paciente era de 20/25 en su ojo derecho y 20/20 en el izquierdo. La oftalmoscopia de segmento posterior revela una masa tumoral intensamente pigmentada en cabeza del nervio óptico del ojo derecho, de contorno irregular, sin áreas de

necrosis ni hemorragias, sin presencia de pigmento naranja o drusas en superficie, sobreelevada y cuyos límites no exceden el contorno del nervio. La imagen ecográfica muestra una lesión cupuliforme en área papilar, con reflectividad media-alta, sugestiva de melanocitoma. En la angiografía con fluorescencia se aprecia una lesión que mantiene una hipofluorescencia a lo largo del estudio. En la campimetría existe un aumento de la mancha ciega en ojo derecho.

**Conclusiones:** el melanocitoma del nervio óptico es una lesión benigna, congénita, cuyo origen se encuentra en los melanocitos de la lamina cribosa. La localización más frecuente es adyacente a la cabeza del nervio óptico, como en nuestro caso, y se tratan de tumores que raramente malignizan. El examen funduscópico suele revelar una lesión hiperpigmentada, sobreelevada, yuxtapapilar, de bordes y superficie irregulares, lo que coincide con los hallazgos encontrados en el caso presentado. Aunque se trata de una lesión estable, puede producir graves consecuencias visuales debido a su crecimiento local, ocasionando así compresiones del nervio óptico y necrosis.

---

## **CAMPO AMPLIO EN LA OCT-ANGIOGRAFÍA: ANÁLISIS DE SISTEMAS**

**Abreu González R., Donate López J., Dolz Marco R., Gallego Pinazo R.**

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife*

**INTRODUCCIÓN:** Describir las posibilidades de los sistemas de OCT-angiografía (OCT-A) en la generación automática de imágenes panorámicas.

**DESARROLLO:** Se realiza una revisión de las características de los sistemas OCT-A disponibles comercialmente, basándose en la información disponible por las diferentes compañías.

**RESULTADOS:** La generación de imágenes panorámicas, de forma automática, sólo está disponible actualmente en dos sistemas: Avanti (Optovue, Fremont, CA, EEUU) y RS-3000 Advance (Nidek Co, Aichi, Japón), ofreciendo imágenes de 12x6 mm y 12x9 mm respectivamente.

**CONCLUSIONES:** La limitación del campo amplio actualmente es posible superarla con equipos comercialmente disponibles y debe ser una prioridad a la hora de valorar las características de un equipo de OCT-angiografía.

---

## **HIPOPLASIA DEL NERVIÓ ÓPTICO; A PROPÓSITO DE UN CASO**

**Rubio Rodríguez CG, Rodríguez Gil R.**

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife*

**INTRODUCCIÓN:** La hipoplasia del nervio óptico (NO) es el desarrollo incompleto del NO durante la gestación. Suele ser bilateral, no hereditario, no progresivo y no curativo. Ante un paciente pediátrico con dicha entidad, debemos indagar asociaciones con el desarrollo del SNC y defectos endocrinos.

**DESARROLLO:** Varón de 14 años derivado a la consulta para valoración de FO por sospecha de displasia septo-óptica.

Exploración inicial:

- Avsc: 0.2/0.2. Nistagmus horizontal, exotropía alterna de 30 DP.
- Esquiascopia : +0.50-2.00 a 180°// -2.00 a 180°.
- FO: papilas pequeñas con ausencia de excavación.
- PEV: neuritis óptica axonal.
- Neuroimagen: ausencia del septum pellucidum, hipoplasia del cuerpo caloso, atrofia quiasmática, agrandamiento ventricular difuso y dudosa neurohipófisis

**RESULTADOS:** El Dr. David Reeve describió, en 1941, la asociación de hipoplasia del NO con la agenesia del septum pellucidum. Posteriormente el Dr. William Hoyt describió la asociación de displasia septo óptica (DSO) con el déficit de la hormona de crecimiento (GH). Las anomalías cerebrales más frecuentes son la ausencia o disgenesia del cuerpo caloso, pudiendo estar o no asociada con la ausencia del septum pellucidum. El defecto hormonal más frecuentemente es el déficit de GH (70%), seguida del hipotiroidismo (43%), el déficit de ACTH (27%) y la diabetes insípida (5%).

El diagnóstico es clínico y es obligatorio apoyar con el estudio hormonal y neuroimagen. La etiología es desconocida.

**CONCLUSIONES:** El síndrome de Morsier describe la triada de hipoplasia del NO con alteraciones hormonales del eje hipotálamo-hipofisario a la cual se pueden asociar anomalías del desarrollo del SNC. El diagnóstico precoz es esencial y el espectro clínico es variado lo cual conlleva un manejo multidisciplinar.

---

## PERFIL CLÍNICO Y TOMOGRÁFICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS POR PRIMERA VEZ DE DMAE NEOVASCULAR EN LA PRACTICA CLINICA

*Alberto Pestano MM., Abreu González R., Rubio Rodríguez G., Gil Hernández A., Abreu Reyes P. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife*

**INTRODUCCION:** Estudiar el perfil clínico y tomográfico de los pacientes diagnosticados de DMAE neovascular en la práctica clínica habitual.

**DESARROLLO:** Estudio retrospectivo. Los participantes incluidos fueron diagnosticados desde el 1 de julio de 2014 hasta el 1 de julio de 2015 de DMAE neovascular por primera vez y comenzaron tratamiento anti-VEGF en nuestro centro. Se recogieron los datos desde la historia clínica electrónica. El estudio tomográfico se realizó con el sistema Cirrus-HD (Carl Zeiss Meditec, Dublin, CA, USA)

**RESULTADO:** Se incluyeron 67 pacientes (69 ojos). La edad media fue de 78.7 años. Un 44.9% de los participantes eran hombres y un 55.1% mujeres. Desde el punto de vista clínico presentaron: HTA el 82.6%, DM el 26,1%, fumadores activos el 20.3% y exfumadores el 27.5%. La distribución de membranas neovasculares según la clasificación mediante OCT fue: Tipo I el 34.7%, tipo II el 21.7%, tipo III el 28.9% y mixta 14.4%. La media del volumen de elevación del EPR fue 0.36 mm<sup>3</sup> para el círculo de 3 mm y de 0.66mm<sup>3</sup> para el círculo de 5mm.

**CONCLUSIÓN:** El perfil clínico y tomográfico se asemeja a otros estudios nacionales e internacionales publicados. Los pacientes son de edad avanzada, presentan factores de riesgo cardiovascular y manifiestan membrana neovascular tipo I como la más frecuente.

## RECONSTRUCCIÓN PALPEBRAL EN UN CASO DE PSEUDOTUMOR ORBITARIO CRÓNICO

*Agustino Rodríguez J, Medina Mesa E, De Armas Ramos E, Ruiz De La Fuente Rodríguez P.*

*Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna*

El Pseudotumor orbitario o Inflamación ocular inespecífica (IOI) es un proceso inflamatorio benigno. Se caracteriza por un infiltrado linfoide polimorfo con grados variables de fibrosis sin causa local o sistémica conocida.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 83 años con tumoración orbitaria izquierda desde 2014 que afecta a párpado inferior y estructuras adyacentes. Los hallazgos de la RMN son inespecíficos. La biopsia diagnóstica muestra fibrosis variable con signos inflamatorios crónicos y fenómenos reparativos. Se descarta cualquier causa de inflamación con estudio sistémico por lo que se diagnostica de IOI. Se inicia tratamiento corticoideo oral y tópico sin adherencia al mismo por la paciente. Evoluciona a una marcada retracción del párpado inferior (PI) izquierdo. Se le realiza injerto de paladar y colgajo rotacional que se necrosa. Posteriormente se le realiza un colgajo de párpado superior mediante técnica de Hughes. En 2016 se realiza un implante de esclera para cubrir un área de escleromalacia en OI reiniciando además, tratamiento corticoideo y metotrexate con sospechada inhaderencia al mismo. A finales de 2016 presenta adelgazamiento corneal inferior, retracción de PI, ojo congelado con acortamiento de fondos de saco inferior. Se le realiza un recubrimiento corneal con autoinjerto de conjuntiva, reconstrucción de PI con autoinjerto de paladar duro y adelantamiento de lamela anterior.

**CONCLUSIONES:** LA IOI se puede presentar con cinco patrones característicos: miositis, dacrioadenitis, escleritis, afectación del ápex orbitario o inflamación difusa. Los síntomas van a depender del área/s afectada/s: dolor sordo profundo, restricción de movimientos oculares, proptosis, entre otros. El diagnóstico es clínico con ayuda de las pruebas de imagen y biopsia, salvo algunos casos específicos. La instauración de un tratamiento precoz y adecuado permitirá controlar la enfermedad y disminuir las secuelas debido a la fibrosis.

---

## INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE HEXAFLUORURO DE AZUFRE (SF6) Y PERFLUOROPROPANO (C3F8) COMO ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EN EL SÍNDROME DE TRACCIÓN VITREOMACULAR

*Blasco Alberto A., Ángel Pereira D., Rodríguez Talavera I., Cordovés Dorta L., Pérez Negrín E.*

*Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna*

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de tracción vitreomacular (STVM) puede causar metamorfopsias y disminución de la agudeza visual. Aunque es típicamente tratado mediante vitrectomía o inyección intravítrea de ocriplasma, estos procedimientos son costosos e invasivos.

**CASOS CLÍNICOS:** presentamos tres casos de STVM que respondieron de forma satisfactoria a la inyección intravítrea de gases expansibles consiguiéndose una liberación de la tracción vitreomacular (TVM) y una mejora de la agudeza visual. Dos casos fueron tratados con inyección intravítrea de 0,3 ml de C3F8 puro y otro con la inyección de SF6. Además, dos de ellos eran casos refractarios al tratamiento con ocriplasma.

**CONCLUSIONES:** en nuestra serie de casos, el C3F8 y el SF6 han demostrado ser un tratamiento eficaz y poco costoso para el tratamiento del STVM.

## **CAMBIOS TOMOGRAFICOS EN LA ELEVACION DEL EPITELIO PIGMENTARIO DE LA RETINA EN PACIENTES CON DMAE NEOVASCULAR TRATADOS CON RANIBIZUMAB INTRAVITREO EN LA PRACTICA CLINICA HABITUAL.**

**Díaz-Rodríguez R, Abreu-González R, Alberto-Pestano MM, Abreu-Reyes P.**

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife*

**INTRODUCCIÓN:** Nuestro objetivo es analizar los cambios a corto plazo en la elevación del epitelio pigmentario de la retina (EPR) en pacientes con degeneración macular asociada a la edad (DMAE) neovascular tratados con ranibizumab intravítreo (RIV) en la práctica clínica habitual.

**DESARROLLO:** Para ello llevamos a cabo un estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes con DMAE neovascular diagnosticada entre Julio de 2014 y Julio de 2015, ambos incluidos, que hubieran iniciado el tratamiento con RIV. Se estudiaron, entre otras variables tomográficas, los cambios en la elevación del EPR tanto al diagnóstico como a los 6 meses de tratamiento. El estudio tomográfico se realizó con el sistema Cirrus-HD (Carl Zeiss Meditec, Dublin, CA, USA).

**RESULTADOS:** Se incluyeron un total de 43 ojos, obteniéndose al diagnóstico una distancia media desde la elevación del EPR hasta la fovea de 1.15 mm (+/- 1.88), que a los 6 meses se redujo a 0.64 mm (+/- 0.72) ( $p = 0.05$ ). El volumen de elevación del EPR basal fue de 0.30 mm<sup>3</sup> (+/- 0.44) y de 0.44 mm<sup>3</sup> (+/- 0.74) para los círculos de 3 y 5 mm respectivamente ( $p = 0.04$ ), mientras que a los 6 meses fue de 0.18 mm<sup>3</sup> (+/- 0.26) y 0.24 mm<sup>3</sup> (+/- 0.31) ( $p = 0.032$ ). El volumen del cubo inicial fue de 11.23 mm (+/- 1.48), y a los 6 meses fue de 9.74 mm (+/- 1.06) ( $p < 0.001$ ). Al diagnóstico, el espesor macular medio fue de 371.3 micras (+/- 97.37), siendo a los 6 meses de 265.41 (+/- 74.22) ( $p < 0.001$ ).

**CONCLUSIÓN:** El volumen del EPR disminuye de forma significativa en los pacientes con DMAE neovascular tratados con RIV en la práctica clínica habitual, aunque para confirmar estos hallazgos es necesario un seguimiento a más largo plazo.

---

## **ADENOCARCINOMA DEL SACO LAGRIMAL: UN DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA**

**Díaz Rodríguez R, Delgado Miranda JL, Acosta Acosta B, Sánchez Peraza JJ.**

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife*

**INTRODUCCIÓN:** Presentamos el caso de una paciente que tras varias dacriocistitis de repetición que incluso llegaron a intervenirse, se diagnosticó de Adenocarcinoma infiltrante del saco lagrimal.

**DESARROLLO:** Mujer de 76 años con antecedentes personales de hipertensión intracraneal con papiledema 2º que precisó incluso derivación ventrículo-peritoneal como parte del tratamiento. Años después de la resolución del cuadro acude a la consulta de oftalmología por episodio de dacriocistis aguda de OI, por lo que al evidenciarse obstrucción de la vía lagrimal se realiza una primera dacriocistorrinostomía externa ipsilateral en septiembre de 2009. Tras dos nuevos episodios se realiza nueva dacriocistorrinostomía externa con Mitomicina C en noviembre de 2012, a pesar de lo cuál la cirugía fracasa y se interviene por tercera vez en julio de 2014. Con una dacriocistitis crónica de base y un TAC de órbita normal, siguen repitiéndose los procesos de reagudización apareciendo finalmente una tumefacción del saco lagrimal por lo que decide biopsiarse, diagnosticándose de Adenocarcinoma infiltrante del saco lagrimal.



**RESULTADOS:** Dado el diagnóstico anatomopatológico, se solicita RMN de control que objetiva una lesión sólida en la región inferomedial de la órbita izquierda morfológicamente compatible con proceso neoplasia del saco lacrimal y que infiltra partes blandas, etmoides y pared medial de la órbita, por lo que en mayo de 2016 se realiza tumorectomía transorbitaria y reconstrucción con colgajo de Mustardé y frontoglabeolar, conservando el globo ocular. Hasta el momento no hay signos de recidiva.

**CONCLUSIÓN:** El adenocarcinoma de células basales es una entidad rara, con una incidencia muy baja y semiología inespecífica, que debe sospecharse sobre todo, en pacientes con múltiples episodios de dacriocistitis aguda que se cronifica y que finalmente desarrollan una masa a nivel del saco lacrimal.

---

## **QUERATITIS POR PSEUDOMONA ASOCIADA AL USO DE LENTES DE CONTACTO BLANDAS DIARIAS**

*Espinosa-Barberi G., Tardón Cárdenas L., Miranda Fernández S.*

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

**INTRODUCCIÓN:** La queratitis microbiana constituye una complicación seria del uso de las lentes de contacto. Se ha estimado que la incidencia en pacientes que usan lentes de hidrogel es de 0.53 casos/100.000 habitantes al año. Este valor es 40 veces menor para aquellos pacientes que realizan un uso diario. Los principales factores que predisponen a la invasión patógena corneal son la exposición al mismo, el grado de adherencia y la virulencia o capacidad para penetrar en el estroma.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 31 años, enfermera de profesión, que refiere intenso dolor ocular en OI después de un turno nocturno hace 2 días. Como antecedentes destaca ser portadora de lentes de contacto blandas de uso diario. Se sospecha queratitis por *Acanthamoeba*, se toman muestras y se inicia tratamiento.

**RESULTADOS:** El cultivo es positivo para *Pseudomonas aeruginosa*, se inicia tratamiento con colirios reforzados de vancomicina y ceftazidima horarios; ciprofloxacino y doxiciclina sistémicos; cicloplegia y clorhexidina. La paciente evoluciona hacia la resolución del absceso, que deja como consecuencia un leucoma residual. En últimas revisiones se aprecia mejoría importante de la transparencia corneal.

**CONCLUSIONES:** Ante un cuadro de características similares (anillo estromal, intenso dolor), se ha de descartar, como diagnóstico diferencial la queratitis producida por *Acanthamoeba* sp. Una buena anamnesis es útil para identificar el mal uso de lentes de contacto. Los pacientes con signos y síntomas de queratitis microbiana requieren un manejo médico inmediato. *Pseudomonas aeruginosa* es muy agresiva debido a los mecanismos de adherencia que posee. Ante condiciones de normalidad, ésta no es capaz de invadir un epitelio sano, pero el uso de lentes de contacto (hipoxia tisular, reducción de capas protectoras de la superficie corneal) favorecen la patología.

---

## NEOVASCULARIZACIÓN SUBRETINIANA SECUNDARIA A HEMORRAGIA SUBRETINIANA MASIVA IDIOPÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Espino García A., Peral Ortiz de la Torre MJ., Carpio Bailén R., Toledano Fernández N.*

*Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid*

**INTRODUCCIÓN:** La formación de una membrana neovascular subretiniana en un paciente joven siempre supone un reto tanto diagnóstico, dada su infrecuencia y rara etiología, como terapéutico por la pérdida grave de agudeza visual (AV) en alguien en edad activa.

**DESARROLLO:** Un paciente varón de 44 años de edad acudió a nuestro servicio de urgencias por una pérdida progresiva e indolora de AV en su ojo derecho (OD). AV sin corrección 0,15. Había sido tratado un año antes por una hemorragia subfoveal masiva idiopática en ese ojo de la cual se había recuperado completamente (AV sin corrección previa 0,7). En la exploración fundoscópica se observó una hemorragia subretiniana macular asociada a un desprendimiento del epitelio pigmentario de la retina (EPR) hemorrágico. Se le realizaron angiografía con fluoresceína y con verde indocianina, apreciándose una lesión subretiniana hiperfluorescente muy próxima a la fovea. Con el diagnóstico de sospecha de membrana neovascular subretiniana, se decidió tratamiento con alteplasa (r-TPA), bevacizumab y tamponamiento con gas (SF6 20%) intravítreos en un mismo acto seguido de un régimen Pro Re Nata de inyecciones intravítreas de bevacizumab.

**RESULTADO:** Tras 3 años de tratamiento y seguimiento su AV sin corrección se ha estabilizado en 0,4.

**CONCLUSIÓN:** Con este caso deseamos constatar la posibilidad de formación de membranas neovasculares subretinianas como secuela de las alteraciones provocadas en el complejo EPR-membrana de Bruch a consecuencia de una hemorragia subretiniana idiopática. Asimismo, destacamos el tratamiento exclusivamente intravítreo con alteplasa, anti-VEGF y tamponamiento con gas expansible como alternativa a otros procedimientos en el manejo de estos casos.

**RESÚMENES DE COMUNICACIONES**



**XIV CONGRESO  
DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA  
OFTALMOLÓGICA CANARIA**

## **EDUCACIÓN SANITARIA OCULAR EN EL USO DE DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS. ASUMIENDO NUEVOS ROLES**

*Zaida Vega López, Yolanda Barba Franco, Luis Pérez Maña, Olga Salas Fandos*

### **INTRODUCCIÓN**

En la actualidad el tiempo de uso de dispositivos electrónicos está cada vez más extendido entre la población.

La sobre exposición a estos dispositivos puede ocasionar un desajuste en el sistema visual , provocar fatiga visual y ocular , cefalea, diplopia , irritación ocular o sintomatología asociada que se deriva en el síndrome visual informático.

La educación sanitaria en la consulta es uno de los roles que debemos asumir , fomentando la ergonomía y la higiene visual de nuestros pacientes y la detección precoz de los diferentes signos y síntomas que del uso continuado de dichos dispositivos derivan.

### **OBJETIVOS**

Pautas de higiene visual (fig.1)

Promoción, prevención y educación de la población de riesgo mediante la entrega de un decálogo de normas de higiene visual.

### **CONCLUSIÓN**

Nuestro rol específico es clave en la educación sanitaria del paciente oftalmológico.

La correcta compensación óptica y los diferentes consejos de higiene visual:

- Disminuyen la frecuentación por parte de los usuarios por reconsulta o recidiva.
- Previenen y disminuyen la sintomatología asociada, así como las diferentes patologías oftálmicas que pueden surgir como consecuencia del uso constante de dispositivos electrónicos.
- Mejoran la salud visual del paciente.

### **Implicación en la práctica enfermera**

La información dada al paciente, ya sea de forma verbal o escrita, es nuestra mejor arma.

Un paciente desinformado solicita visitación y reconsulta de forma constante o urgente, mientras que aquel que posee dicha información o pauta escrita reconoce la sintomatología , como paliarla y cuando acudir de urgencia.

### **BIBLIOGRAFIA**

1. Yan Z, Hu L, Chen H, Lu F. Computer Vision Syndrome: A widely spreading but largely unknown epidemic among computer users. *Comput Human Behav.* 2008;24(5):2026–42.
2. Rosenfield M. Computer vision syndrome: a review of ocular causes and potential treatments. *Ophthalmic Physiol Opt [Internet].* 2011 Sep;31(5):502–15.

### **PALABRAS CLAVE**

Salud visual  
Fatiga visual  
Educación sanitaria  
Optometría  
Enfermería

## **TRASPLANTE DE CÓRNEA: UNA DONACIÓN...UN COMIENZO**

**Santana Reina, Lorena. DUE., Suárez Santana, Armando. DUE.**

*Complejo Hospitalario Materno-Insular (CHUIMI). Área Quirúrgica*

### **INTRODUCCIÓN**

En la actualidad el tiempo de uso de dispositivos electrónicos está cada vez más extendido entre la población.

La sobre exposición a estos dispositivos puede ocasionar un desajuste en el sistema visual , provocar fatiga visual y ocular , cefalea, diplopia , irritación ocular o sintomatología asociada que se deriva en el síndrome visual informático.

La educación sanitaria en la consulta es uno de los roles que debemos asumir , fomentando la ergonomía y la higiene visual de nuestros pacientes y la detección precoz de los diferentes signos y síntomas que del uso continuado de dichos dispositivos derivan.

### **OBJETIVOS**

Pautas de higiene visual (fig.1)

Promoción, prevención y educación de la población de riesgo mediante la entrega de un decálogo de normas de higiene visual.

### **CONCLUSIÓN**

Nuestro rol específico es clave en la educación sanitaria del paciente oftalmológico.

La correcta compensación óptica y los diferentes consejos de higiene visual:

- Disminuyen la frecuentación por parte de los usuarios por reconsulta o recidiva.
- Previenen y disminuyen la sintomatología asociada, así como las diferentes patologías oftálmicas que pueden surgir como consecuencia del uso constante de dispositivos electrónicos.
- Mejoran la salud visual del paciente.

### **IMPLICACIÓN EN LA PRÁCTICA ENFERMERA**

La información dada al paciente, ya sea de forma verbal o escrita, es nuestra mejor arma.

Un paciente desinformado solicita visitación y reconsulta de forma constante o urgente, mientras que aquel que posee dicha información o pauta escrita reconoce la sintomatología , como paliarla y cuando acudir de urgencia.

### **BIBLIOGRAFIA**

1. Yan Z, Hu L, Chen H, Lu F. Computer Vision Syndrome: A widely spreading but largely unknown epidemic among computer users. *Comput Human Behav.* 2008;24(5):2026–42.
2. Rosenfield M. Computer vision syndrome: a review of ocular causes and potential treatments. *Ophthalmic Physiol Opt [Internet].* 2011 Sep;31(5):502–15.

### **PALABRAS CLAVE**

Salud visual

Fatiga visual

Educación sanitaria

Optometría

Enfermería



**Alcon** A Novartis  
Division

  
**Allergan**

  
**ANGELINI**

  
**ATLANTA  
VISION**  
*oftalmología & óptica*

**BAUSCH+LOMB**

  
**BAYER**

  
**Bios  
GROUP**

  
**CooperVision™**

  
**equipsa**

**ESTEVE**  
*más cerca*

  
**ESSILOR**

  
**Horus  
PHARMA**

**indo**  
your eyes, our world

*Johnson & Johnson* VISION

**MEDICALMIX**  
PASIÓN POR LA OFTALMOLOGÍA

  
**NOVARTIS**

**OPHTEC**  
*focus on perfection*

  
**Pfizer**

**Santen**

**Tecnoméica**

  
LABORATORIOS  
**Thea**

  
**TOPCON**

**ZEISS**





2017 año de la  
retina



Declarado de interés científico por

ULL

Universidad  
de La Laguna



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS  
DE GRAN CANARIA

Con el Reconocimiento de Interés Sanitario de la Consejería de Sanidad de Gobierno de Canarias (Expediente RIS 971)



**SECRETARÍA TÉCNICA**

Magna Congresos S.L  
922 65 62 62  
[sco2017@magnacongresos.es](mailto:sco2017@magnacongresos.es)

