

COMUNICACIÓN EN E-PÓSTER

ID: 02669

PATOLOGÍA SEGMENTO POSTERIOR

COMPLICACIONES ASOCIADAS A UN OJO PEQUEÑO

Autores: ELENA OLÍAS GARCÍA¹, Madrid; RUBÉN SÁNCHEZ JEAN^{1,2}, Madrid; JOSÉ MARÍA MARTÍNEZ DE LA CASA FERNÁNDEZ BORRELLA^{1,2}, Madrid.

1 - Universidad Complutense de Madrid; 2 - Hospital Universitario Clínico San Carlos.

Palabras clave: nanofthalmos, esclerotomías, síndrome de efusión uveal.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

El nanofthalmos es una patología que representa con frecuencia un reto terapéutico por la incidencia de posibles complicaciones. Presentamos el caso de una paciente con un glaucoma por cierre angular que requirió tratamiento quirúrgico y las maniobras llevadas a cabo para lograr un adecuado control.

MATERIAL Y MÉTODOS

Historia clínica: Paciente de 35 años remitida desde su hospital de referencia para valoración de tratamiento quirúrgico sobre un glaucoma mal controlado. Hipermetropía de +14D. Extracción de cristalino en ambos ojos (AO) con implante de lentes intraoculares de +50D. Iridotomías permeables en AO.

Exploración clínica: Nanofthalmos bilateral con longitud axial de 16,27 y 15,99 mm y profundidad de cámara anterior de 2.81 y 2.08 mm. Córneas de 9 mm de tamaño sin edema y con pigmento endotelial periférico, cámara anterior estrecha y con iridotomías periféricas permeables en ambos ojos, ángulo iridocorneal grado 0 salvo en inferior con línea de Schwalbe pigmentada en inferior, iris con atrofia parcheada y leve abombamiento en algún sector y una pupila izquierda menos reactiva que la derecha.

La presión intraocular (PIO) era de 23 y 18 mmHg con tratamiento médico máximo.

RESULTADOS

Ante tal situación, se le propuso la realización de una trabeculectomía con mitomicina C y adelgazamientos esclerales en ambos ojos para evitar una efusión uveal. En el postoperatorio de uno de los ojos presentó un cuadro de glaucoma maligno que se resolvió con midriáticos y una capsulotomía e hialidotomía con laser YAG, tras la cual se normalizó tanto la amplitud de la cámara como el defecto refractivo inducido por la anteroposición de la lente y la tensión volvió a disminuir hasta 14 mmHg. Un mes después, la tensión en el ojo derecho había ascendido a 30 mmHg y la ampolla se presentaba aumentada y con aspecto quístico. Las campimetrías realizadas a lo largo de sus visitas habían mostrado cómo los defectos habían ido progresando hacia escotomas arciformes y, tras un primer intento de controlar el nuevo aumento de tensión con tratamiento tópico, se planteó la posibilidad de realizar ciclodestrucción con láser en los 180° inferiores.

Después del procedimiento, la PIO disminuyó a 16 mmHg. Desde entonces, las PIO de ambos ojos se han mantenido en torno a 16 mmHg y a día de hoy la paciente mantiene una agudeza visual de 0,4 en ambos ojos. ▶

COMUNICACIÓN EN E-PÓSTER

▶ CONCLUSIONES

Existe cierta evidencia que la mejor manera de intervención quirúrgica en estos casos es mediante trabeculectomía con mitomicina C y esclerotomías para evitar una excesiva cicatrización postoperatoria y el síndrome de efusión uveal.

Cada vez hay más información sobre la que asentar las bases para tratar las complicaciones relacionadas al nanofthalmos. Pese al reto que siempre supone, cada vez son más los casos que terminan controlándose y manteniendo unas condiciones visuales que les permiten alcanzar una óptima calidad de vida.

ORGANIZA:



AVALA:



COLABORA



PARTNER PREFERENTE

