

# Retina Quirúrgica

## SESIÓN VÍDEOS

COORDINADOR

PROF. JOSÉ GARCÍA ARUMI

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.  
Instituto de Microcirugía Ocular (IMO), Barcelona.

### > Desprendimiento regmatógeno en retinosquiasis juvenil

Dr. Borja Corcóstegui Guraya / Instituto de Microcirugía Ocular (IMO), Barcelona

## La importancia de la hialoides en la cirugía de un desprendimiento de retina en una Retinosquiasis Juvenil ligada al X

### CLAVES PARA OPTIMIZAR EL RESULTADO QUIRÚRGICO

- 1 Prestar especial atención a la hialoides que suele estar muy adherida (adherencias muy fuertes y a veces fibrosis).
- 2 Intentar llegar a la periferia.
- 3 Dar laser para adherir la retina.
- 4 Hacer retinotomias si se precisa para liberar tracciones y procurar sea solo la retina interna.
- 5 Uso de "banda" siempre por fibrosis periférica y altas probabilidades de VRP. Banda de 10 mm de largo e indentación de 4 mm.
- 6 Aceite de Silicona y retirada a las 4 a 6 semanas.

*El Dr. Borja Corcóstegui comenta su experiencia de mas de 30 años con 11 casos tratados de DR asociado Retinosquiasis juvenil ligada al X y resalta como clave el papel de la hialoides.*



### > Pliegue macular

Dr. Jeroni Nadal Reus / Centro de Oftalmología Barraquer, Barcelona

## | Como solucionar un Pliegue macular

### CLAVES PARA OPTIMIZAR EL RESULTADO QUIRÚRGICO

- 1 Técnica semejante a la de la traslocación macular.
- 2 Se desprende la retina en la zona del pliegue. Inyección suave y lenta con cánula de 41G
- 3 Desplazar el fluido con aire.
- 4 Disección de la membrana limitante interna bajo PFCL.
- 5 Profilaxis: Realizar tantos intercambios como sea preciso hasta eliminar todo el fluido. Si no se puede eliminar el fluido posicionar hacia abajo en el postoperatorio.
- 6 Importancia del OCT para valorar la cirugía: Pliegues sin fluido de espesor total Cirugía Urgente.
- 7 Pliegues con fluido y en V invertida se puede esperar.

*El Dr. Jeroni Nadal comenta su experiencia en la cirugía de pliegue macular y resalta como es clave tener en cuenta tanto la rigidez y posición del pliegue o la presencia de fluido.*



### > Manejo del perfluorocarbono líquido subfoveal

Dr. Álvaro Fernández-Vega Sanz / Instituto Universitario Fernández-Vega, Oviedo

## | Perfluorocarbono fluido subfoveal

### CLAVES PARA OPTIMIZAR EL RESULTADO QUIRÚRGICO

- 1 Inyectar BSS con sistema de infusión de fluidos viscosos por detrás de la retina para desplazarla.
- 2 El tamaño de la burbuja importa. Las más pequeñas conllevan más riesgo.
- 3 Colocar al paciente en decúbito lateral.
- 4 Dar laser para sellar.
- 5 Usar cánula de 41G para aspirar.
- 6 Intentar no tocar el Epitelio Pigmentado de la retina.

*El Dr. Álvaro Fernández-Vega resalta a partir de su amplia experiencia quirúrgica las claves para resolver y aspirar las burbujas subfoveales de perfluorocarbono.*



### > Tratamiento quirúrgico de la persistencia de vítreo primario hiperplásico

Dr. Félix Armadá Maresca / Hospital Universitario La Paz, Madrid

## | Persistencia de Vítreo Primario Hiperplásico

#### CLAVES PARA OPTIMIZAR EL RESULTADO QUIRÚRGICO

- 1 Los casos más posteriores tienen DR asociado con más frecuencia.
- 2 En los casos más anteriores hay más riesgo de sangrado de procesos ciliares.
- 3 Es importante eliminar el cordón del canal de Cloquet.
- 4 Dejar un muñón en la papila y no apurar (aumenta el riesgo de sangrado)
- 5 Intentar manejar el sangrado con cambios en la presión.
- 6 No apurar para quitar los vasos papilares. Pueden regresar solos.

*El Dr. Armada comenta su experiencia en el tratamiento de estos casos tan complejos de vitreo primario persistente y da las claves para obtener un resultado adecuado.*



### > Infusión supracoroidea preoperatoria

Dr. Luis Arias Barquet / Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona

## | Infusión Supracoroidea preoperatoria

#### CLAVES PARA OPTIMIZAR EL RESULTADO QUIRÚRGICO

- 1 Importante retirar la cánula lo antes posible y quitar la infusión rápidamente para no disecar el espacio supracoroideo.
- 2 Especial cuidado en desprendimientos bullosos.
- 3 Y en coroides engrosadas.
- 4 Usar cánulas de 6 mm en estos casos.
- 5 Vitrectomías de 20 G (puede ser 23G).
- 6 Esclerectomía Vertical.

*El Dr. Arias comenta su experiencia en con la malposición de las cánulas de infusión a nivel supracoroideo y la importancia de actuar rápidamente en estos casos para resolver el problema.*



### > Manejo de la recidiva del desprendimiento de retina

Dr. Juan Donate López / Hospital Clínico San Carlos y Hospital La Luz, Madrid

## | Desprendimiento de retina recidivante

### CLAVES PARA OPTIMIZAR EL RESULTADO QUIRÚRGICO

- 1 Importante identificar el problema, relajar tracciones y tratar.
- 2 El perflurocarbono como herramienta de ayuda para localizar agujeros.
- 3 Gran ayuda con los sistemas de campo amplio.
- 4 Utilidad del azul tripan subretinano para localizar agujeros, pero cuidado por posible TOXICIDAD (demostrada a dosis inferiores a 0.05).
- 5 Importante pelar la limitante en las zonas de más tensión en las recidivas.

*El Dr. Donate comenta su experiencia con la resolución de los DR recidivantes y la importancia de localizar las soluciones de continuidad para resolverlos.*



### > Cirugía vitreoretiniana en ROP con DR estadio 4b

Dr. Francisco Espejo Arjona / Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

## | ROP con DR: Estadio 4b

### CLAVES PARA OPTIMIZAR EL RESULTADO QUIRÚRGICO

- 1 Prestar especial atención a la hialoides posterior.
- 2 Necesidad de realizar cirugía bimanual.
- 3 Realizar una cuidadosa disección de las membranas.
- 4 Ver si los pliegues disminuyen con perflurocarbono. Sino no insistir.
- 5 Mejor 23 G (por flexibilidad instrumentos 25G).
- 6 Colocar banda y retirada según evolución.
- 7 Vigilar banda en función del crecimiento del globo ocular y relajar si precisa.

*El Dr. Espejo comenta su experiencia en el manejo de estos casos, tan complejos, así como las peculiaridades de trabajar con ojos de pequeño tamaño.*



## > Tratamiento de complicaciones asociadas a Macroaneurisma arterial retiniano

Dr. Miguel Ruíz Miguel / Hospital Universitario Donostia, San Sebastián

### | Complicaciones en macroaneurisma arterial retiniano

#### CLAVES PARA OPTIMIZAR EL RESULTADO QUIRÚRGICO

- 1 Si sangrado importante afectando macula vitrectomía + aspiración + laser rodeando macroaneurisma.
- 2 Láser directo en las recidivas.
- 3 El uso de RTPa depende del grosor del sangrado subretiniano.
- 4 Drenar si el grosor es de >500 micras y RTPA.
- 5 Peor si además hay sangre intraretiniana.
- 6 La localización del macroaneurisma es fundamental. En los distales se puede esperar.
- 7 Valorar la terapia antiangiogénica como una posibilidad.

*El Dr. Ruiz Miguel, comenta su experiencia en el manejo de estos casos con resangrado un tiempo después de la cirugía, así como las peculiaridades en función de la localización.*



## > Implante secundario de LIO Carlevale

Dr. Diego Ruíz Casas / Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

### | Implante secundario con LIO Cardevale

#### CLAVES PARA OPTIMIZAR EL RESULTADO QUIRÚRGICO

- 1 Prestar especial atención a que es una lente acrílica hidrofílica.
- 2 Primera opción en la Afaquia.
- 3 Fácil de implantar y buenos resultados funcionales, pero...
- 4 Técnica cuidadosa y retirar la T lentamente.
- 5 Colocar hapticos internos en el sulcus.
- 6 Riesgo de opacificación. Cuidado con Gas.

*El Dr. Ruiz Casas comenta su experiencia en el manejo de estas lentes en pacientes afáquicos e insiste en el riesgo de calcificación al ser una lente ACRILICA HIDROFILICA.*



## > Técnica quirúrgica en desprendimiento de retina complejo

Prof. José García Arumí / Hospital Universitario Vall d'Hebron e Instituto de Microcirugía Ocular (IMO), Barcelona

## Técnica quirúrgica en desprendimiento de retina complejo. Evitando el daño de la silicona

### CLAVES PARA OPTIMIZAR EL RESULTADO QUIRÚRGICO

VRP intensa en paciente miope magno con antecedentes de lasik con DR complicado recidivante tras traumatismo perforante con hemovítreo y aniridia.

- 1 Vitrectomía con retinotomía y diatermia. Perfluorocarbono, v disección de la proliferación posterior con tinción dual y de la PVR intensa silicona y laser en la cirugía de la recidiva tras retinotomía para liberar contracción de la base del vítreo
- 2 Problemas de descompensación corneal por anirida y contacto con la córnea del aceite de silicona. Colocación de suturas de prolene 100 y aguja recta y aguja de 27 de guía.
- 3 4 hilos verticales y también sutura horizontal interdigitada para crear barrera (malla de prolene) y evitar contacto de la silicona.
- 4 La sutura horizontal es sutura doble... La malla evita la descompensación corneal.

*El Dr. Garcia Arumí, comenta su experiencia en el manejo de estos DR complicados con PVR intensa y como evitar la descompensación corneal por aceite de silicona.*

ORGANIZA



Sociedad Española de Retina y Vítreo  
E-mail: secretaria@serv.es | [www.serv.es](http://www.serv.es)

SPONSORS  
PREMIUM



NOVARTIS

SPONSORS  
PLUS



SPONSORS

