

# RETINA PAMPLONA



12 DE JUNIO DE 2026



Clínica  
Universidad de Navarra

Curso de Actualización en **RETINA MÉDICA Y QUIRÚRGICA**  
Organiza: **Departamento de Oftalmología.**  
**Clínica Universidad de Navarra.**

**SEDE:** Salón de Actos. Edificio de Ciencias.  
Facultad de Medicina.  
Universidad de Navarra.

**Director:** **Alfredo García Layana**  
**Comité Organizador:** **Sara Llorente/Manuel Saenz de Viteri**

## PATROCINADORES ORO:



## PONENTES

Abreu González, Rodrigo. **Tenerife.**  
Aliseda Pérez de Madrid, Daniel. **Pamplona.**  
Andonegui Navarro, Jose. **Pamplona.**  
Araiz Iribarren, Javier. **Bilbao.**  
Arias Barquet, Luis. **Barcelona.**  
Armadá Maresca, Félix. **Madrid.**  
Bilbao Malavé, Valentina. **Barcelona.**  
Cabrera López, Francisco. **Las Palmas.**  
Cubero López, Juan Manuel. **Córdoba.**  
Dolz Marco, Rosa. **Valencia.**  
Donate López, Juan. **Madrid.**  
Fernández Avellaneda Pedro. **Bilbao.**  
Fernández-Vega Sanz, Álvaro. **Oviedo.**  
Fernández -Vega González, Álvaro. **Oviedo.**  
Fernández Vigo, Jose Ignacio. **Madrid.**  
Fonollosa Calduch, Alex. **Bilbao.**  
Gallego Pinazo, Roberto. **Valencia.**  
Garay Aramburu, Gonzaga. **Bilbao.**  
García Arumí, José. **Barcelona.**

García Layana, Alfredo. **Pamplona.**  
Gegúndez Fernández, José Antonio. **Madrid.**  
Gomez-Ulla, Francisco. **Santiago de Compostela.**  
González Zamora, Jorge. **Pamplona.**  
Gutiérrez Sánchez, Estanislao. **Sevilla.**  
Heras Mulero, Henar. **Pamplona.**  
Llorente González, Sara. **Madrid.**  
López Gálvez, María Isabel. **Oviedo.**  
López Guajardo, Lorenzo. **Madrid.**  
Nadal Reus, Jeroni. **Barcelona.**  
Piñero Bustamante, Antonio. **Sevilla.**  
Rodríguez Maqueda, Mariano. **Sevilla.**  
Ruiz Medrano, Jorge. **Madrid.**  
Ruiz Moreno, José María. **Madrid.**  
Ruiz Moreno, Oscar. **Zaragoza.**  
Saenz de Viteri Vázquez, Manuel. **Pamplona.**  
S. Figueroa, Marta. **Madrid.**  
Vázquez Cruchaga, Erika. **Bilbao.**  
Zarranz Ventura, Javier. **Barcelona.**

# PROGRAMA CURSO RETINA PAMPLONA 12 JUNIO 2026

8,00-8,20 ENTREGA DOCUMENTACIÓN.  
8,20-8,25 BIENVENIDA Y PRESENTACIÓN.

## 8,25-11,15 PRIMERA SESIÓN: IMAGEN, IA, DMAE Y ALTA MIOPIA.

8,25-9,30 MESA REDONDA DE NOVEDADES EN IMAGEN e IA

**Moderadores:** Javier Zarranz Ventura, Jorge Gonzalez Zamora.

**Panelistas:** Rodrigo Abreu González, José Andonegui Navarro, Pedro Fernández Avellaneda, Felix Armadá Maresca, Rosa Dolz Marco, Juan Donate.

### ¿MAS IMAGEN SIGNIFICA MEJOR MEDICINA?

La revolución de la imagen multimodal y ultra-alta resolución: Vemos más, pero ¿nos permite manejar mejor a nuestros pacientes? Impacto real en 2026. IA y Diagnóstico Autónomo: Del cribado a la cuantificación. Algoritmos y soluciones disponibles para el Retinólogo. Oculómica 2026: El ojo como ventana a las enfermedades sistémicas. Desafíos, limitaciones y ética para la inteligencia artificial en Oftalmología. Barreras y soluciones para la adopción en la práctica clínica real. Objetivo de la mesa: Analizar si la explosión de nuevas tecnologías de imagen e inteligencia artificial está cambiando realmente la práctica clínica... o solo generando más información que no siempre sabemos utilizar.

### BLOQUE 1. - LA REVOLUCIÓN DE LA IMAGEN MULTIMODAL Y ULTRA-ALTA RESOLUCIÓN

- ¿Estamos viendo más... o entendiendo más?

### BLOQUE 2. - IA Y DIAGNÓSTICO AUTÓNOMO: DEL CRIBADO A LA CUANTIFICACIÓN

- ¿Sustituto de la visión experta o herramienta de precisión?

### BLOQUE 3. - OCULÓMICA

- ¿Prevención efectiva o más pacientes etiquetados como “de riesgo”?

### BLOQUE FINAL. – DESAFÍOS, LIMITACIONES Y ÉTICA

- La realidad detrás del algoritmo

9,30-10,30 MESA REDONDA DE NOVEDADES EN DMAE

**Moderadores:** Roberto Gallego Pinazo, Alfredo García Layana.

**Panelistas:** Oscar Ruiz Moreno, Francisco Gómez Ulla, Marta S. Figueroa, Mariano Rodríguez Maqueda, Luis Arias Barquet.

### DMAE NEOVASCULAR 2026: ¿ESTAMOS REALMENTE CAMBIANDO EL PARADIGMA?

#### BLOQUE 1. - TRATAMIENTO Y CARGA TERAPÉUTICA

- ¿Hemos alcanzado por fin el “treat and extend definitivo” o seguimos en transición?
- ¿Intervalos de 16 semanas para todos... o solo para los “respondedores ideales”?
- ¿Estamos infra-tratando por comodidad o sobre-tratando por miedo?

- (PCV) y terapia combinada: en pacientes con PCV, ¿es suficiente la monoterapia anti-VEGF o aporta beneficio añadir terapia fotodinámica (PDT) para “cerrar” los pólipos?

#### **BLOQUE 2. - BIOMARCADORES Y DECISIONES BASADAS EN OCT**

- ¿Todo fluido es igual? ¿Debemos tratar cualquier fluido o hemos aprendido a convivir con parte de él?
- ¿Estamos preparados para redefinir los criterios de actividad en DMAE neovascular?
- ¿El OCTA debe cambiar nuestra práctica clínica diaria o sigue siendo una herramienta académica?
- ¿Podemos predecir qué paciente desarrollará atrofia antes de que sea clínicamente evidente?

#### **BLOQUE 3. - ATROFIA MACULAR EN EL CONTEXTO DE NDMAE**

- ¿Es la atrofia la verdadera limitación visual a largo plazo en nuestros pacientes tratados?
- ¿El anti-VEGF protege frente a la atrofia... o contribuye a su progresión?
- ¿Debemos modificar la estrategia terapéutica cuando aparece atrofia progresiva?

#### **BLOQUE 4. - NUEVAS TERAPIAS: ¿REALIDAD O EXPECTATIVA?**

- ¿Los nuevos anti-VEGF de alta duración han cambiado la práctica... o solo el marketing?
- ¿Tiene la terapia génica un papel real en la DMAE neovascular o sigue siendo promesa?
- ¿Agonismo Wnt y TKI: medicina de precisión... o entusiasmo prematuro?
- ¿Estamos cerca del tratamiento “one-shot” o es todavía ciencia ficción?

#### **BLOQUE 5. - PREGUNTAS CLÍNICAS INCÓMODAS**

- Paciente estable 2 años sin fluido: ¿seguir extendiendo o mantener intervalo seguro?
- Fibrosis sin fluido: ¿seguir inyectando?
- ¿Cuándo es razonable plantear “fin de tratamiento”?

**10,30-11,15 NOVEDADES EN ALTA MIOPIA (prevención, médica y quirúrgica)**

**Moderadores:** José María Ruiz Moreno, Jorge Ruiz Medrano.

**Panelistas:** Jeroni Nadal, José Garcia Arumí, Juan Manuel Cubero, Daniel Aliseda, Jorge González Zamora.

#### **ALTA MIOPIA Y RETINA.**

##### **BLOQUE 1. - PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA PROGRESIÓN MIÓPICA**

- ¿Estamos actuando demasiado tarde?
- ¿La epidemia de miopía es ya el principal problema de salud pública en retina del futuro? ¿En qué lugar lo posicionas?
- ¿Los oftalmólogos de retina deberían implicarse más en la prevención o sigue siendo territorio de la oftalmología pediátrica? ¿o de la optometría?
- Atropina, orto-k, lentes específicas y/o control ambiental: ¿estrategias eficaces o impacto limitado? ¿Cuál eliges en primer lugar?
- ¿Podemos realmente prevenir la miopía patológica o solo retrasarla?
- ¿Podemos evitar o controlar el estafiloma posterior?
- Pregunta clave: Si sabemos que un niño tendrá miopía alta, ¿estamos haciendo todo lo posible para evitarlo?

##### **BLOQUE 2. - RETINA MÉDICA EN LA MIOPIA PATOLÓGICA**

- ¿Tratamos tarde o tratamos mejor?
- Neovascularización miópica: ¿anti-VEGF curativo o solo control temporal?
- ¿Tenéis e cuenta biomarcadores para el seguimiento de estos pacientes?
- ¿Cuáles: vaso escleral perforante, vena dilatada, complejo arterio-venoso?
- ¿Consideráis el material hiperreflectivo sub-intrarretiniano con biomarcador de actividad? ¿Tratáis si está presente?
- ¿Cuántas inyecciones necesita realmente un paciente con NVM miópica?

- ¿Estamos infratratando por miedo a sobretratar pacientes jóvenes?
- Atrofia miópica progresiva: ¿tenemos alguna estrategia real o solo seguimiento?
- ¿Cuál es vuestra opinión de la atrofia asociada a neovascularización miópica?
- ¿La neovascularización miópica induce o aumenta la atrofia?

Pregunta clave:

- ¿La miopía patológica es hoy más tratable... o simplemente mejor diagnosticada? ¿Es indispensable/obligatorio el estudio con OCT en el alto miope? ¿La OCTA ha sustituido a la angiografía fluoresceínica en el estudio de la neovascularización miópica?

### BLOQUE 3. - CIRUGÍA MACULAR EN MIOPIA PATOLÓGICA

- ¿Hasta dónde debemos intervenir?
- Foveosquiasis miópica: ¿cuándo operar y cuándo observar?
- ¿Vitrectomía, peeling de ILM, gas, indentación macular?...
- ¿Debemos dar opción a la evolución natural?
- Si ante un desprendimiento espontáneo de vítreo posterior completo se soluciona ¿por qué no hacer solo eso en cirugía?
- Maculopatía por tracción en miopía: ¿cuál es el verdadero momento de decidir cirugía?
- Indentación Macular: ¿resurgimiento de una técnica olvidada o cirugía de nicho?
- ¿Estamos operando antes gracias a mejores resultados... o porque toleramos menos el riesgo de progresión?
- Pregunta clave: Dada la influencia del estafiloma posterior en los resultados ¿Cómo valoráis su presencia y tipo, si es que lo hacéis?

### CASOS CLÍNICOS. - RÁPIDOS PARA OBLIGAR A POSICIONARSE:

- Miopía alta joven sin estafiloma posterior → ¿seguimiento o intervención preventiva?
- Miopía alta joven con estafiloma posterior → ¿seguimiento o intervención preventiva?
- NVM miópica con buena respuesta tras 1 inyección → ¿retratamiento precoz o esperar? ¿considerarías biomarcadores de imagen?
- Foveosquiasis miópica con buena AV → ¿observar o cirugía precoz?
- Miopía extrema con progresión atrófica → ¿hay algo que realmente podamos ofrecer?
- Conclusión final: “En la miopía patológica, ¿nuestro objetivo es prevenir la enfermedad o sólo limitar sus consecuencias?”

**11,15-11,45 DESCANSO-CAFÉ.**

## 11,45-14,00 SEGUNDA SESIÓN: EDEMA MACULAR DIABÉTICO Y CIRUGÍA VITREORETINIANA.

**11,45-12,45 MESA REDONDA DE EDEMA MACULAR DIABÉTICO**

**Moderadores:** Manuel Saenz de Viteri, Francisco Cabrera López.

**Panelistas:** Maribel Lopez Gálvez, Juan Donate López, Gonzaga Garay Aramburu, Oscar Ruiz Moreno, José Fernández Vigo, Antonio Piñero Bustamante.

### EDEMA MACULAR DIABÉTICO

#### BLOQUE 1. - PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO EN EMD: ¿CUÁL ES LA ESTRATEGIA INICIAL HOY?

- ¿Es anti-VEGF la primera línea universal en EMD?
- ¿En qué pacientes considerarías corticoide desde el inicio?
- ¿Sigues usando “los fármacos de antes” (Lucentis, Eylea 2mg, Avastín)?

- ¿Faricimab ó Eylea 8mg como estrategia inicial? ¿Son iguales?
- ¿Los biosimilares han impactado tu práctica clínica habitual?
- ¿A que le das más peso en la elección del tratamiento perfil OCT del edema ó según el perfil de paciente?

## **BLOQUE 2. - ¿CUÁNDO CONSIDERAR QUE UN PACIENTE ES SUBÓPTIMO? FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO INICIAL.**

- ¿Cuántas inyecciones de anti-VEGF esperáis antes de decidir que no responde?
- ¿Qué criterio pesa más para cambiar: OCT o visión?
- ¿Os parece que en la práctica clínica cambiamos demasiado tarde de estrategia?
- El paciente no responde a Faricimab/Eylea 8mg, ¿Cambias de antiVEGF ó pasas directamente a coirticoide?
- ¿Infrautilizamos el Iluvien? ¿Cuándo lo indicas tú?

## **BLOQUE 3. - ESTRATEGIA A LARGO PLAZO: MANEJO CRÓNICO DEL PACIENTE.**

- ¿Los sistemas de liberación prolongada tienen futuro en EDM?
- ¿Cuál es hoy el principal problema del tratamiento del EMD: eficacia o carga terapéutica?
- ¿Le damos la suficiente importancia al control sistémico? ¿Realmente influye en el control del EMD a largo plazo?
- ¿El tratamiento es para siempre? ¿Qué criterios de fin de tratamiento tienes? ¿Los intervalos de tratamiento cada 20 o 24 semanas pueden suponer un tratamiento crónico con 2 inyecciones anuales?

## **BLOQUE 4. -. DISCUSIÓN DE CASOS CLÍNICOS**

**12,45-14,00** **MESA REDONDA DE CIRUGÍA (DR, TRAUMATISMO, PDP y lentes especiales (afaquia, telescópicas...))**

**Moderadores:** Mariano Rodríguez Maqueda, Manuel Saenz de Viteri.

**Panelistas:** Félix Armadá, Álvaro Fernández-Vega Sanz, José María Ruiz Moreno, Francisco Cabrera López, Lorenzo López Guajardo.

## **RETINA QUIRÚRGICA 2026: ¿HEMOS PERFECCIONADO LA TÉCNICA... ¿O SOLO SOFISTICADO LAS COMPLICACIONES?**

### **BLOQUE 1. - DESPRENDIMIENTO DE RETINA REGMATÓGENO**

- ¿Estamos “vitrectomizando” el DRR por curva de aprendizaje (hacemos lo que sabemos hacer) más que por evidencia?
- ¿Qué porcentaje de DRR fáquicos jóvenes tratarías hoy con buckle sin sentir que “te la juegas”?
- DRR mácula-on: si el paciente llega un viernes por la tarde... ¿tu indicación cambia por el calendario (retinopexia neumática)?
- ¿Es eso defendible?
- DRR primario complejo: ¿cerclaje o silicona?
- ¿Cuál es tu umbral real para usar silicona?
- ¿Un caso primario en el límite de lo complejo? ¿Solo tras haber fracasado una primera cirugía ante una recidiva?

### **BLOQUE 2. - PVR**

- PVR tras cirugía primaria: ¿Es el resultado de algo que se nos escapó en la primera cirugía o era inevitable desde el inicio?
- Retinectomía ¿cómo, cuánto y cuándo? ¿O vamos con todo desde el minuto 1 (buckle + retinectomía)?
- ¿Tiene sentido la profilaxis en casos donde ya en la primera cirugía aprecias una PVR “acelerada”?
- PVR inferior inicial: ¿Retinectomía precoz porque, si no, infratratas?
- ¿Dónde sitúas el límite entre tratar la banda y hacer retinectomía?
- ¿Dónde está el límite ético de la “heroic surgery”?
- Anatomía estable a costa de múltiples cirugías y baja calidad de vida: cuando el éxito anatómico no borra el fracaso funcional.

### **BLOQUE 3. - PDP (PORT DELIVERY PLATFORM)**

- Port Delivery Platform (PDP): ¿revolución o moda pasajera?
- ¿Qué porcentaje real de pacientes se va a beneficiar en la era de los anti-VEGF extensibles?
- ¿Aporta un beneficio fisiopatológico real o simplemente reduce la frecuencia de tratamiento?
- Complicaciones quirúrgicas: ¿son aceptables para reducir la carga terapéutica?
- ¿Qué volumen podría asumirse quirúrgicamente desde el punto de vista de la gestión sanitaria en un sistema ya sobrecargado?
- ¿Tiene sentido en EMD o solo en DMAE?
- Si no hubieran existido los problemas iniciales, ¿estaría hoy implantado masivamente?
- Refill: ¿Debe hacerlo siempre un cirujano de retina o puede hacerlo cualquier oftalmólogo (retinólogo médico, oftalmólogo general, residente)?

### **BLOQUE 4. -. AFAQUIA**

- ¿Individualizas la técnica según cada caso o utilizas siempre la técnica con la que estás más cómodo?
- Artisan fijada a iris, Carlevalle a esclera, Canabrava...¿moda si no es para rescatar una lente reconversible a la técnica?
- ¿La técnica de Yamane ya pasó?
- Edema macular y Ozurdex: ¿supone realmente una dificultad en el seguimiento de estos pacientes?
- Anillos de tensión capsular en casos de riesgo: ¿realmente previenen la luxación o simplemente nos facilitan la sutura cuando la lente se cae?

### **BLOQUE 5. - ENDOFTALMITIS**

- ¿No realizamos vitrectomía primaria más precoz por la comodidad de esperar a ver si mejora con antibióticos intravítreos?
- ¿Tiene sentido hoy el manejo propuesto por el EVS?
- ¿Importa eliminar el reservorio vítreo en una endoftalmitis en pacientes sometidos a terapia anti-VEGF?
- Endoftalmitis postinyección anti-VEGF: ¿ha cambiado realmente el pronóstico?

### **BLOQUE 6. - LENTES TELESCÓPICAS**

- ¿Realmente mejoran la calidad de vida o solo la agudeza visual en consulta?
- ¿La selección de pacientes es demasiado optimista por parte de las casas comercializadoras?
- ¿Cuáles son tus criterios reales de selección?
- ¿Qué le explicas exactamente al paciente en la consulta de selección?
- ¿Estamos vendiendo esperanza quirúrgica donde debería haber rehabilitación visual?
- ¿Cuál es la verdadera dificultad: encontrar el paciente ideal, la técnica quirúrgica, el coste del implante o la rehabilitación visual?
- ¿Implantarías una lente telescópica a un familiar tuyo con DMAE avanzada?

**14,00-15,00 COMIDA DE TRABAJO.**

## 15,00-17,30 TERCERA SESIÓN: CIRUGÍA MACULAR, UVEITIS, OCLUSIONES Y OTROS.

15,00-16,00 MESA REDONDA DE CIRUGÍA MACULAR

**Moderadores:** Juan Manuel Cubero, Alfredo Garcia Layana.

**Panelistas:** Álvaro Fernández-Vega González, Marta S. Figueroa, Luis Arias Barquet, José García Arumi, Jeroni Nadal Reus.

### CIRUGÍA MACULAR 2026: ¿HASTA DÓNDE DEBEMOS INTERVENIR?

#### BLOQUE 1. - INDICACIONES: EL MOMENTO QUIRÚRGICO

- ¿Estamos operando demasiado pronto las membranas epirretinianas con buena agudeza visual? (¿Existe un “punto de no retorno funcional” aunque la AV aún sea aceptable?).
- ¿Debe el OCT pesar más que la agudeza visual en la indicación quirúrgica?
- ¿Podemos predecir qué MER progresará y cuál no?
- Agujero lamelar sintomático: ¿cirugía o seguimiento prolongado? ¿Cuándo es realmente la cirugía funcional y cuándo se acerca a una “cirugía estética” de la mácula?
- ¿Estamos operando más porque la cirugía es mejor... o porque los pacientes son más exigentes?
- En pacientes candidatos a cirugía macular y catarata: ¿tiene sentido implantar LIOs EDOF o incluso multifocales? (Y si la respuesta es sí, ¿nos atrevemos en un solo tiempo quirúrgico o preferimos plantearlo en dos tiempos?)
- Paciente con catarata, sin metamorfopsia al que descubrimos MEM que afecta a fóvea...¿Operamos ya que entramos por el bajo riesgo y evitar que recupere poco? ¿Qué % de MEM progresan si operas de FACO sin VPP?

#### BLOQUE 2. - TÉCNICA EN MEMBRANA EPIRETINIANA

- ¿Peeling sistemático de ILM en todas las MER o verdadera individualización?
- ¿El beneficio anatómico del peeling amplio justifica el posible impacto funcional? (¿Estamos infraestimando el trauma quirúrgico en máculas “demasiado buenas”? ¿Veis disminución de sensibilidad al contraste, cambios campimétricos o tenéis datos de microperimetría que apoyen esa sospecha?)
- ¿Influye realmente el tipo de colorante —tiempo de exposición, intensidad de luz, posible retenciones— en el resultado funcional a largo plazo?

#### BLOQUE 3. - AGUJERO MACULAR

- ¿Las técnicas de flap invertido deben reservarse a agujeros grandes o se están convirtiendo en un estándar ampliado?
- Aporte de tejidos: ¿veis equivalente aportar tejido con MLI, membrana amniótica, retina, cápsula anterior o Tenon, o realmente estamos hablando de escenarios distintos?
- Plasma: ¿sigue teniendo el mismo papel (solo para fracasos previos) que al inicio de su uso o mejora resultados utilizándolo de primera intención?
- Posicionamiento ¿face down estricto, mirada dirigida, o sin nada en 2026?
- ¿Cuándo debemos dejar de operar un agujero? (¿Cambia nuestra actitud en miopía magna? (pensando en el riesgo de DR de estos pacientes)

#### BLOQUE 4. - TRACCIÓN VITREOMACULAR

- ¿Observación o vitrectomía precoz en pacientes sintomáticos? ¿Cuánto tiempo es razonable esperar antes de intervenir? (¿Tenemos en cuenta únicamente la tracción o también el estado de la retina externa en la decisión quirúrgica?)
- ¿Estamos infraindicando cirugía en OCT poco llamativos pero con síntomas relevantes? ¿Debe pesar más la calidad visual (metamorfopsia, distorsión) que la agudeza visual aislada?

- Pelado de MLI siempre?

#### **BLOQUE 5. - CIRUGÍA MACULAR EN DMAE**

- Hemorragia submacular: ¿hay realmente un punto de no retorno para movilizar una hemorragia?(¿Existe una verdadera ventana terapéutica o estamos sobreactuando?)
- ¿Tiene sentido rTPA intravítreo + gas sin VPP en 2026?
- En pacientes con mal pronóstico estructural, ¿estamos ofreciendo cirugía porque técnicamente podemos... aunque funcionalmente el margen de mejora sea mínimo? (¿Mejoramos tanto el escotoma en hemorragias masivas?)

#### **BLOQUE 6. - TECNOLOGÍA Y RESULTADOS**

- ¿La OCT intraoperatoria cambia realmente la estrategia quirúrgica o solo confirma lo que ya hemos decidido?
- ¿La evolución tecnológica (calibres más pequeños, plataformas 3D, mejores sistemas de visualización) ha mejorado resultados funcionales... o principalmente la ergonomía y comodidad del cirujano?
- ¿Estamos optimizando parámetros anatómicos sin demostrar mejoras funcionales claras?
- ¿Estamos adoptando tecnología por evidencia... o por presión del entorno y expectativa del paciente? ¿las complicaciones han bajado tanto y los resultados mejorado tanto?

**16,00-16,45** **MESA REDONDA DE UVEITIS y nuevos acrónimos**

**Moderadores:** Henar Heras Mulero, Erika Vázquez Cruchaga.

**Panelistas:** Alex Fonollosa Calduch, José Antonio Gegúndez Fernández, Pedro Fernández Avellaneda, Javier Zarranz Ventura.

### **UVEITIS**

#### **BLOQUE 1. - UVEITIS ANTERIORES**

1. ¿Qué no se nos puede pasar ante el hallazgo de un hipopion de aparición aguda en un paciente sin antecedentes traumáticos/quirúrgicos, ni síntomas a otro nivel? Diagnóstico diferencial
2. Ante la sospecha de origen herpético en una uveítis anterior:
  - A. ¿Hacéis por regla general extracción de humor acuoso para su estudio mediante PCR, y así confirmar diagnóstico e identificar agente etiológico específico, o no lo creéis necesario?
  - B. ¿Cómo prevenís las continuas recidivas?: dosis bajas de corticoides tópicos de mantenimiento vs antivirales orales

#### **BLOQUE 2. - UVEITIS INTERMEDIAS**

1. El hallazgo de snow-banks en una uveítis intermedia, ¿creéis que es suficiente para etiquetarla de idiopática?: todo lo que tenemos que descartar antes de considerar origen idiopático.
2. Ante una vitritis sin aparente afectación de fondo de ojo (no flebitis ni coroiditis clínica), ¿es necesario hacer angiografía?
3. Si en una uveítis intermedia solo existe vitritis y/o flebitis leve ¿es necesario siempre tratar? ¿Y en niños, somos más estrictos o más permisivos con la inflamación leve?
4. En una uveítis intermedia presuntamente idiopática (no filiada) en la que se requiere inmunosupresión avanzada (terapia biológica), hacemos RNM para intentar descartar esclerosis múltiple antes de introducir el antiTNF, o nos decantamos por otra diana terapéutica?

#### **BLOQUE 3. - UVEITIS POSTERIORES**

1. Retinitis primaria: ¿qué signos de imagen nos pueden ayudar a orientar el diagnóstico a toxoplásmica vs herpética?, entonces ¿es suficiente la imagen para diferenciarlas, o sigue siendo necesaria la extracción de humor acuoso?
2. Toxoplasmosis:
 

¿el origen de la toxoplasmosis determina su agresividad?, ¿debemos por ello tratarlas de forma diferente?: terapia clásica vs septrim vs clindamicina intravítrea +/- esteroides
3. Síndromes de puntos blancos:

¿podemos diferenciar una coriorretinitis serpiginosa de una serpiginosa -like? ¿Y una ampiginosa de una serpiginosa-like?

- Características oculares propias de cada entidad
  - Pruebas complementarias
4. Presunta tuberculosis ocular:
    - A. ¿ante qué cuadros oculares debemos poner tratamiento antiTBC completo?, ¿con qué pauta y durante cuánto tiempo?, ¿asociamos corticoides sistémicos?
    - B. ¿Cómo actuamos si se produce un empeoramiento del cuadro con el tratamiento antiTBC (reacción paradójica)?
    - C. ¿Cuándo hacer solo profilaxis antiTBC?
  5. Enfermedad de Birdshot:

¿Es siempre tan agresiva como dicen?, entonces ¿ponemos de entrada terapia biológica o podemos controlar algunos casos solo con inmunosupresión leve? ¿Y en el caso del VKH?
  6. Coroidopatía interna punteada:

¿Cómo podemos evitar las recidivas tanto neovasculares como de nuevos focos? En este sentido, ¿poneis inmunosupresión de entrada?
  7. ¿Tras el antiTNF y anti-IL 6 sistémico, que es lo siguiente en el tratamiento de la uveítis?

#### **NUEVOS ACRONIMOS**

1. PAMM, RIPL, SIRE (cleft, wrinkling), RIP (aperture), MHSR: ¿solo siglas descriptivas o con franco valor pronostico?
2. AEPVM vs MVPR: ¿cuáles son las diferencias entre ellas que motivan diferente pronóstico?

**16,45-17,30** **OTRAS NOVEDADES EN RETINA MÉDICA (ATROFIA GEOGRÁFICA, CSC, OCLUSIONES, DISTROFIAS, Stargardt)**

**Moderadores:** José Ignacio Fernández Vigo, Valentina Bilbao Malavé.

**Panelistas:** Javier Aráiz Iribarren, Estanislao Gutiérrez, Maribel López Gálvez, Sara Llorente González, Rosa Dolz.

#### **OTRAS NOVEDADES EN RETINA MÉDICA**

##### **BLOQUE 1. - COROIDOPATÍA SEROSA CENTRAL (CSC)**

- ¿Además de la TFD y el láser focal, confiais en algún otro tratamiento en vuestra práctica clínica?
- ¿Hace falta siempre imagen multimodal completa (FA/ICGA) para decidir tratamiento, o con OCT + autofluorescencia podemos tomar decisiones sólidas en muchos casos?
- ¿Hay algún biomarcador de imagen que te haga dejar de observar y pasar a tratar?

##### **BLOQUE 2. - OCLUSIONES VENOSAS RETINIANAS (OVR)**

- ¿Estamos aplicando a la OVR algoritmos heredados del EMD que no siempre encajan?
- Edema persistente tras la carga inicial con antiVEGF 2a generación: ¿switch precoz a corticoide o intensificar tratamiento?
- ¿La mayor durabilidad prometida por las nuevas moléculas cambia de verdad la estrategia o solo aplaza el mismo problema?
- ¿Hay que perseguir retina completamente seca en OVR o puede aceptarse cierto edema residual estable?

##### **BLOQUE 3. - ATROFIA GEOGRÁFICA / INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO**

- ¿Hay un umbral de velocidad de progresión o de localización de la lesión a partir del cual tratar sí cambia de forma relevante la historia natural?
- Si el paciente tiene buena vision en ambos ojos y atrofia extrafoveal lenta en un solo ojo, ¿lo tratarías hoy en tu propia consulta?
- ¿Cómo realizáis el seguimiento de la atrofia geográfica? ¿Software de IA o revisión manual?

- Si la agudeza visual no es un indicador fiable de éxito en los inhibidores del complemento, ¿deberíamos incorporar otras pruebas (microperimetría o sensibilidad al contraste) para decidir la continuidad del tratamiento?

#### **BLOQUE 4. - DISTROFIAS HEREDITARIAS DE RETINA**

- ¿Estamos infra-remitiendo a unidades especializadas de genética... o en algunos casos sobre-solicitando estudios con poco impacto práctico?
- ¿Cuándo informar sobre ensayos clínicos en fases iniciales en marcha aporta valor real y cuándo puede generar falsas expectativas?
- Más allá de identificar el gen, ¿están nuestras unidades preparadas para la logística que exige la terapia génica subretiniana (vitrectomistas especializados, postoperatorios complejos, manejo de inflamación)?
- ¿Cómo manejamos la frustración del paciente que tiene un diagnóstico genético claro pero cuya mutación no está en ningún ensayo clínico a corto plazo?
- CSC aguda en paciente joven, primer episodio, muy sintomático y con alta demanda visual: ¿observar o tratar precozmente?
- OVR con muy buena AV, pero edema foveal claro en OCT: ¿tratas siempre desde el inicio o esperas en algún caso?
- En edema macular por OVR: ¿tienes algún argumento para decantarte entre faricimab o aflibercept 8 mg o todavía no?
- Atrofia geográfica-complemento: Si el ojo contralateral ya tiene mala función: ¿cambia tu umbral para tratar?
- CSC con OCTA sugestiva de MNV. ¿Sólo antiVEGF, PDT o combinación.

**17,30**

**CLAUSURA DEL CURSO.**

PATROCINADORES ORO:



OTROS PATROCINADORES:



Avalado por la Sociedad Española de Retina y Vitreo



Evento Avalado por FENIN:  
Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria

