HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU

5 - 7 JUNIO | 2019

BARCELONA

LIBRO DE RESÚMENES

2019 XXIX CONGRESO SECPOO

Comunicaciones Rapid Fire con Panel

ÓRBITA

RF01 Celulitis orbitaria fulminante tras cirugía de catarata sin complicaciones

Dra. María Encarnación Correa Pérez, Dra. Johana Catalina Arboleda Hurtado, Dra. Karla Chaloupka

Objetivo: Describir un caso de celulitis orbitaria tras cirugía de catarata sin complicaciones en una paciente inmunodeprimida.
Caso clínico: Presentamos una paciente con antecedentes de síndrome mielodisplásico, aplasia y pancitopenia. Una semana tras la cirugía de catarata izquierda con anestesia tópica y sin complicaciones desarrolló fatiga y fiebre junto a edema palpebral. Al acudir a nuestro centro presentaba un cuadro de celulitis orbitaria izquierda con pancitopenia severa y neutropenia en el estudio sistémico y Pseudomonas aeruginosa en el hemocultivo. Tras su ingreso presentó empeoramiento sistémico pese a la máxima terapia. Al mejorar la neutropenia la situación orbitaria empeoró desarrollando un absceso orbitario. Se realizó cirugía sin encontrarse material drenable y el estudio microbiológico del tejido mostró nuevamente Pseudomonas aeruginosa. Pese a la terapia antibiótica el ojo evolucionó a endoftalmitis y perforación corneal. Con la continuación de la terapia hematológica y antibiótica, tras más de un mes se controló la situación general y oftalmológica. Actualmente estable, con autosellado de la perforación corneal, sin dolor y percepción luminosa en dicho ojo.
Discusión: Los pacientes neutropénicos tienen más riesgo de desarrollar infecciones por bacterias extracelulares no encapsuladas (como *Pseudomonas aeruginosa*), hongos levaduriformes y filamentosos. En nuestra paciente consideramos que un traumatismo mínimo, como una laceración conjuntival durante la cirugía e hiposfagma, pudo ser la entrada para la infección orbitaria e intraocular.
Conclusiones: Las infecciones son causa frecuente de morbilidad y mortalidad en huéspedes inmunocomprometidos, y el manejo de los pacientes neutropénicos es un desafío clínico. No debemos olvidar valorar la situación sistémica de nuestros pacientes, incluso ante cirugías en principio poco invasivas como pueda ser la cirugía de catarata.
Nivel de evidencia científica: III (Estudio Descriptivo No Experimental).

ÓRBITA

RF02 Hidrocistoma intraorbitario. Diagnóstico diferencial de pequeña masa intraorbitaria

Dra. Laura García-Filoso Moraleda, Dr. Jorge Rivera Salazar, Dr. José Juan Valdés González, Dr. Javier Gálvez Martínez

Caso clínico: Una chica de 24 años acude a consulta porque en la óptica observaron un pequeño bultoma en canto interno subconjuntival de ojo derecho. La paciente no refiere sintomatología, no diplopía, no lagrimeo, no masa que sobresalga en piel, no alteraciones visuales. A la exploración se observa pequeña masa subconjuntival y subcaruncular en ojo derecho, coloración rojo violáceo, blando, no pulsátil, que parece extenderse intraorbitariamente. No limitación en la motilidad ocular. La resonancia magnética nuclear muestra una masa en ángulo ínfero interno entre músculos recto inferior y medio de 13 x 9 mm hipo señal en T1, sin realce con contraste, sugiere quiste, se extiende hacia atrás sobrepasando el ecuador del globo. Dos años después un TAC muestra un leve crecimiento, con leve desplazamiento del globo hacia afuera y arriba, compatible con hemangioma vs quiste orbitario. Se realiza cirugía por vía conjuntival, se encuentra masa de aspecto quístico, se bordea extirpando integro. Anatomía patológica informa hidrocistoma.

Discusión: Una masa blanda intraorbitaria, que muestra coloración violácea, suele sugerir la presencia de un hemangioma cavernoso, el crecimiento lento con desplazamiento tampoco lo descarta, en la RMN no realza con contraste lo que sugiere quiste. El TAC que muestra desplazamiento de globo ocular no descarta hemangioma. La cirugía mostró el aspecto quístico, un aspecto quístico también puede hacer pensar en quiste dermoide.

Conclusiones: Una masa intraorbitaria, a pesar de una adecuada orientación diagnóstica puede implicar hallazgos sorprendentes. Él hidrocistoma proviene de las glándulas sudoríparas de Moll. La presencia de un hidrocistoma intraorbitario es excepcional, lo que demuestra que la cirugía requiere cuidadosa planificación y estar preparado para ampliar el abordaje.

Evidencia nivel: IV, descriptivo.

ÓRBITA

RF03 Biopsiar adenoma pleomorfo, ¿Sí o no? A propósito de un caso

Dra. Elena Navarro Hernández, Dra. Carolina Suárez, Dr. Martín Devoto

Objetivo: Reportar el caso de un paciente con exoftalmo progresivo diagnosticada de dacrioadenitis linfocítica crónica de 8 años de evolución.
Caso clínico: Mujer de 51 años que desarrolló exoftalmos progresivo con proptosis indolora en su ojo izquierdo en 2011. Tras biopsia del tumor lagrimal sediagnosticón de dacrioadenitis linfocítica crónica. Fue tratada con radioterapia, glucocorticoides orbitarios, micofenolato e hidrocortisona, sin mejoría. Tras 7 años de evolución, la paciente presenta una agudeza visual de 10/10 en el ojo derecho y 3/10 en el izquierdo. Presentaba exoftalmo de OI de 28 mm. La tomografía computarizada reveló una masa en la glándula lagrimal, con un aspecto mixto con calcificaciones. Se realizó orbitotomía lateral izquierda con la extirpación completa del tumor de glándula lagrimal. Sobre la base de estos hallazgos clínicos e histopatológicos, se estableció el diagnostico de adenoma pleomórfico.
Discusión: El adenoma pleomorfo de la glándula lagrimal representa aproximadamente el 12-25% de todos los tumores lagrimales. Los pacientes afectados generalmente tienen una larga historia de proptosis indolora y las imágenes orbitarias muestran una imagen bien definida sin erosión ósea característica. La recomendación tradicional es que la biopsia incisional está contraindicada y si se sospecha se debe extirpar completamente con un margen de tejido normal, ya que la resección incompleta puede llevar a una recurrencia, a menudo décadas después, así como un riesgo significativo de transformación maligna asociada. Recientemente se ha argumentado que los tumores de la glándula lagrimal son lesiones raras y el manejo óptimo depende en gran medida de un diagnóstico preoperatorio definitivo.
Conclusión: Por lo tanto, la biopsia preoperatoria o intraoperatoria es un controvertido tema en auge y puede considerarse en las sospechas de neoplasia de la glándula lagrimal, siendo necesario adaptar el manejo posterior a los hallazgos de la biopsia.

Email autor: elenavher@gmail.com

PÁRPADOS

RF04 Dolor troclear... no todo es trocleitis

Dr. Sebastián Prieto Briceño, Dra. Nuria Ibáñez Flores, Dr. Xavier Graell Martín

Objetivo: Realizar una revisión de casos de pacientes con dolor troclear evaluados en nuestro centro.
Tipo de estudio estadístico: Estudio retrospectivo.
Material y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva desde el año 2008 hasta la actualidad de los pacientes visitados en nuestro centro con el diagnóstico de dolor troclear.
Discusión: Se incluyeron 65 pacientes con diagnóstico de dolor troclear. Del total de pacientes, el 91% correspondió a una cefalea troclear primaria y el 9% a una trocleitis. El 85% eran mujeres y el 15% hombres. La edad promedio de los pacientes fue de 49,5 años.
En el 94% de casos el dolor fue unilateral. En el 35% de los pacientes el dolor empeoraba con los movimientos oculares verticales. Sólo en el 20% de casos el dolor se irradiaba principalmente a la región frontal.
En el 40% de casos se solicitó una prueba de imagen, con mayor frecuencia TAC de órbita. En el 12% de casos se observaron signos de inflamación troclear y en el 88% la prueba resultó normal. En un paciente se encontró un mucocele fronto-etmoidal extendido a cavidad orbitaria.
El tratamiento se realizó en el 71% de casos con AINES orales, en el 11% con corticoides orales (prednisona) y en el 18% se realizó infiltración en la región peritroclear con triamcinolona (trigon®) asociado a lidocaína al 2%.
Conclusión: Ante un paciente con dolor troclear es importante diferenciar entre cefalea troclear primaria y trocleitis. La trocletitis, aunque en la mayoría de casos suele ser idiopática, puede estar asociada con otras patologías que requieren un estudio sistémico y prueba de imagen. Aunque el tratamiento de ambas patologías suele ser similar, la cefalea troclear primaria suele tener mejor respuesta al tratamiento con AINES orales, a diferencia de la trocleitis que con mayor frecuencia requiere tratamiento con infiltración local.

PÁRPADOS

RF05 Nueva variante en el gen TP63 asociada al síndrome Anquiloblefaron-displasia ectodérmica- fisura labiopalatina

Dra. Iria Conde González, Dr. José Manuel Abalo Lojo, Dra. Lourdes Loidi Fernández, Dr. Francisco González García

Objetivo: El síndrome de síndrome Anquiloblefaron-displasia ectodérmica- fisura labiopalatina (AEC), también llamado displasia ectodérmica de Hay Wells, forma parte de un grupo de enfermedades genéticas raras que resultan del desarrollo embrionario anormal de tejidos ectodérmicos como el pelo, las uñas, los dientes, las glándulas sudoríparas o la piel.
Hay evidencia de que el síndrome AEC es causado por mutaciones en el gen TP63, que codifica la proteína p63. Esta proteína juega un papel importante en la proliferación y diferenciación del tejido epidérmico.
Nuestro objetivo es describir el caso de una paciente recién nacida que acudió a nuestro servicio con alta sospecha de AEC así como las alteraciones genéticas encontradas en ella y en sus progenitores.
Método: Estudio descriptivo de un caso clínico diagnosticado en nuestro servicio de AEC.
Se realizó secuenciación genómica en el ADN de leucocitos de sangre periférica tanto del recién nacido como de sus progenitores, buscando variantes en todos los exones codificantes y en los límites de los intrones-exones del gen TP63.
Resultados: Se encontró una variante heterocigótica de cambio de sentido en el paciente recién nacido. (NM_003722.4:c.1063G>C (p.Asp355His).
No se encontraron estas variaciones en el ADN de los progenitores.
Conclusiones: Identificamos una variante no descrita hasta el momento en el gen TP63 que parece estar relacionada con las malformaciones somáticas encontradas en el síndrome AEC.
La ausencia de esta alteración en ambos progenitores sugiere que sea una mutación de novo.

Email autor: jmabalolojo@yahoo.es

PÁRPADOS

RF06 Tratamiento legal de las imágenes de los pacientes II

Dra. Bárbara Berasategui Fernández, Dr. Roberto Fernández Hermida

Puesta al día del manejo de las fotografías y de los consentimientos informados tanto en el ámbito público, como en el de la Medicina privada.

Email autor: barbi_bera84@yahoo.es

PÁRPADOS

RF07 Evaluación anatómica en cadáver del abordaje posterior en cirugía de ptosis: avance de línea blanca

Dr. Juan María Davo Cabrera, Dr. Santiago Montolío Marzo, Dr. José Vicente Piá Paredes, Dra. Marta Pérez López

Introducción: En 2009 Patel publicó una técnica conocida como avance de línea blanca (ALB), replanteado el abordaje posterior. A pesar de la relevancia y sus buenos resultados, no existen estudios anatómicos que expliquen su funcionamiento. Ni tan siquiera queda claro qué es la línea blanca (LB). Se describe como una franja alba, que apreciamos al realizar un abordaje posterior tras disecar Müller y conjuntiva. Sería de la cara interna de la aponeurosis y estaría pocos milímetros sobre el borde superior del tarso. En pacientes ptósicos ocuparía un posición más posterior.
Estudio estadístico: Estudio anatómico en cadáver, experimental, consecutivo, aleatorizado y con control intrasujeto.
Material y método: Estudio anatómico en cadáver (n=10), experimental, consecutivo con control intrasujeto. En cada sujeto se realiza el ALB en un ojo (abordaje posterior) y en el adelfo únicamente se referencia la LB. Posteriormente se realiza exanteración de ambas cavidades (intervenida y control adelfo) y las muestras son preparados para su estudio anatómico histológico.
Discusión: En el estudio histológico se evidencia que el avance de la LB supone un plegamiento del musculo elevador del parpado superior, correspondiéndose la LB con la porción posterior de la aponeurosis del elevador.
Conclusiones: El presente trabajo establece la naturaleza de la LB así como la descripción anatómica de la cirugía de avance de la LB mediante abordaje posterior. Se presentarn los resultados preliminares de este estudio, registrado como tesis doctoral en la Universidad de Valencia.
Nivel de evidencia: Ia.

Email autor: juanmaria.davo@gmail.com

CAVIDAD ANOFTÁLMICA

RF8 Corrección del pseudoenoftalmos protésico empleando hidroxiapatita cálcica inyectada

Dra. Bárbara Berasategui Fernández, Dra. Ana Arce Soto, Dr. Roberto Fernández Hermida

Objetivos: El pseudoenoftalmos en pacientes que presentan cavidad anoftálmica e implante orbitario de polietileno poroso, bien por evisceración bien por enucleación del globo ocular, suele formar parte del Sd. de Cavidad Anoftálmica (conocido como PESS) en la mayoría de los casos. No existe unanimidad en cuanto a su patogenia, ni tampoco en cuanto a la mejor opción terapéutica, pero sí respecto a su trascendencia en la calidad de vida de estos pacientes. Presentamos nuestra experiencia en el empleo de Hidroxiapatita Cálcica HAC (Radiesse®) inyectada en estos pacientes con enoftalmos protésico.

Material y métodos: Estudio descriptivo en el que se incluyeron un total de 8 pacientes, 5 mujeres y 3 hombres con una edad media de 52 años (33-79 años). Todos presentaban pseudoenoftalmos protésico con repercusión en su calidad de vida, post-evisceración en 4 y post-enucleación en 4. De los 8 casos, 3 precisaron reinyección una media de 13 meses tras la primera. Se realizó en todos los casos inyección transcutánea de Radiesse® en quirófano individualizando la localización del punto de la misma, así como la dosis necesaria ayudándonos de un exoftalmómetro de Hertel además de nuestra impresión de visu. El depósito del material se realizó tanto supraperióstico como intraorbitario, siempre siendo éste retroseptal. Se precisó sedación en 5 pacientes, tolerando el resto el tratamiento con el empleo de Lorazepam 1 mg sublingual. Todos los pacientes se mostraron satisfechos con el resultado. En cuanto a los efectos secundarios, 2 pacientes presentaron edema en el párpado inferior y hubo 1 caso ptosis leve que no ha precisado corrección.

Conclusión: La inyección intraorbitaria de HAC en pseudoenoftalmos protésico resulta una buena opción en el abanico de tratamientos disponibles para su corrección: es biocompatible, biodegradable, segura, con resultados duraderos y predecibles ya que no se hidrata, sin morbilidad sistémica asociada, y con buena relación costo-efectividad.

Nivel de evidencia científica: IV.

Email autor: barbi_bera84@yahoo.es

CAVIDAD ANOFTÁLMICA

RF09 Colgajo de galea-pericráneo para la reconstrucción del párpado superior

Dra. Elisa Pérez Ramos, Dr. Diego Losada Bayo, Dra. Viviana Lezcano Carduz, Dr. Francisco González García

Objetivo: Describir el uso de la técnica del colgajo invertido de galea frontalis-pericráneo para la reconstrucción de un defecto de espesor total de párpado superior.
Caso clínico: Paciente de 34 años tratado en la infancia de un tumor de párpado superior izquierdo. Refiere varias intervenciones junto con sesiones de radioterapia, a raíz de la cual perdió la visión de dicho ojo. A la exploración presentaba amaurosis de dicho ojo, queratinización completa de la superficie ocular junto con simbléfaron completo de los fondos de saco conjuntivales y ausencia de párpado superior, presentando una exposición completa del globo ocular. Inicialmente se realizó una evisceración, mediante la técnica de los 4 pétalos, junto con varios injertos de mucosa oral para la reconstrucción de los fondos de saco. Pasado los meses se produjo una contracción del fondo de saco superior, lo que le ocasionaba dificultad para el porte de la prótesis. En un segundo tiempo se realizó una reconstrucción de espesor completo de párpado superior mediante la técnica del sándwich: colgajo invertido de galea-pericráneo, a través de un abordaje bicoronal, aportando lámina posterior mediante un nuevo injerto de mucosa oral, y lámina anterior mediante un injerto de piel de la zona retroauricular.
Discusión: La técnica del colgajo invertido de galea-pericráneo aporta una serie de ventajas: al aportar pedículo neurovascular, sirve de soporte para los injertos de lámina anterior y posterior, e, incluso, permite cierto grado de apertura palpebral, a expensas de la acción del músculo frontal. El abordaje a través del colgajo bicoronal permite la cirugía sin cicatrices inestéticas.
Conclusión: La técnica del colgajo invertido de galea-pericráneo es una técnica con un aceptable resultado cosmético y funcional en los defectos extensos, de espesor completo, del párpado superior
Nivel de evidencia científica: 4.

Email autor: eliperezramos@hotmail.com

VÍAS LAGRIMALES

RF10 Respuesta a la inyección de toxina botulínica tipo A en glándula lagrimal en epífora funcional

Dra. Ana Arce Soto, Dra. Bárbara Berasategui Fernández, Dr. Roberto Fernández Hermida

Objetivos: Evaluar la respuesta cuantitativa y cualitativa de la epífora funcional en pacientes tratados con toxina botulínica tipo A (TBA) inyectada en el lóbulo palpebral de la glándula lagrimal.
Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de epífora funcional tratados con TBA (150kD) sin proteínas complejantes (Xeomin®) inyectada transconjuntivalmente en el lóbulo palpebral de la glándula lagrimal de junio de 2017 a junio de 2018 en un hospital terciario. Se evaluaron los siguientes aspectos antes y después de la inyección: la respuesta cuantitativa en la lacrimación mediante el test de Schirmer sin y con anestésico tópico; la respuesta cualitativa empleando la escala Munk y un cuestionario de repercusión de la epífora en actividades básicas de la vida diaria; la apertura palpebral; y la aparición de novo de diplopia y ojo seco.
Discusión: Se incluyeron 10 glándulas de 6 pacientes, de los cuales 5 fueron mujeres y 1 hombre con una media de edad de 73,6 años (65-80). El tiempo medio de seguimiento fue de 6 meses. 4 pacientes confirmaron mejoría una media de 3,7 días tras la inyección. Se inyectaron 2,5-5 UI por glándula. La escala de Munk pasó de una puntuación 5 pre-TBA a 3,5 posterior. Tanto el test de Schirmer tipo I como el realizado con anestésico mejoraron. En cuanto a los efectos secundarios: 3 pacientes sufrieron una ptosis leve (<2 mm) con resolución espontánea, hubo 1 caso de diplopía. No se objetivó ningún caso de ojo seco.
Conclusiones: La TBA inyectada en el lóbulo palpebral de la glándula lagrimal parece mejorar cualitativa y cuantitativamente la epífora en pacientes con diagnóstico de epífora funcional. El efecto secundario más frecuente fue la ptosis palpebral leve-moderada que se resolvió completamente. Ningún paciente presentó ojo seco posterior.
Nivel de evidencia: IV.