# XXVI Congreso

## Sociedad Española de Cirugía Plástica Ocular y Orbitaria

SECPOO

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PLÁSTICA OCULAR Y ORBITARIA

## Comunicaciones en Vídeo

**Bilbao 2016**

8-10 de junio,

Sede: Paraninfo Bizkaia Aretoa

## CV01 Fractura tarsal de párpado superior más injerto de mucosa oral en entropion cicatricial

*Dra. Diana Elizabeth Fuentes Ventura, Dr. Miguel Ángel Ordoñez Lozano, Dr. Pablo Mazagatos Used, Dr. Juan de Sahagun Riba García, Dr. Basilio Moreno García-Rubio, Dr. Ignacio Maestre Mulas*

**Material y Métodos:** En el video se describe el caso de un paciente varón de 70 años con diagnóstico de entropión cicatricial. Cirugía: fractura tarsal de parpado superior más injerto de mucosa oral. Se realiza la intervención iniciando con una sutura eversora con un punto (Vycril 6/0), posterior a la aplicación de anestesia local (lidocaína 2%). Se procede a la incisión transversa de espesor completo en el tarso superior (aproximadamente 3mm del borde palpebral) con incisiones laterales, conservando la lamela anterior intacta. A continuación se procede a extraer el injerto de mucosa oral de inferior, posterior a la desinfección del área se extrae aproximadamente 3 x 1 mm de injerto. Luego, se inicia la sutura con puntos separados de Vycril 6/0 a los bordes de la conjuntival tarsal y tarso con la finalidad de mantener la rotación del párpado y reforzar la pared posterior.
**Resultados:** El entropión cicatricial es un hallazgo común por los oftalmólogos siendo expresado como un proceso de cicatrización y de inflamación tarsoconjuntival crónico. Existen una variedad de procedimientos que se sugieren para corregir esta condición, la fractura tarsal es una de ellas. Dado el grado de entropión en nuestro paciente y la recurrencia descrita de esta intervención, se ha descrito el uso de injerto de membrana mucosa como refuerzo en la técnica previamente mencionada. Siendo el objetivo principal, restaurar la posición natural de la unión mucocutánea, generando una rotación pasiva con la fractura tarsal y alternativamente reforzar la pared posterior reconstituyendo la lamela posterior con injerto de mucosa oral.

## CV02 Resección de carcinoma basocelular de párpado inferior y reconstrucción mediante técnica de Hughes

*Dr. Pablo Javier Mazagatos Used, Dr. Miguel Ángel Ordoñez Lozano, Dr. Guillermo Garcés Monsalve, Dr. Juan de Sahagun Riba García, Dr. Basilio Moreno García-Rubio, Dr. Ignacio Maestre Mulas*

**Material y Métodos:** El carcinoma basocelular supone entre el 80-90% de todas las neoplasias epiteliales malignas localizadas en la región palpebral. De ellos, el 45% se encuentran localizados en el párpado inferior.
En este vídeo se recoge el manejo clínico de un paciente de 75 años de edad que es remitido a nuestra consulta con el diagnóstico de sospecha de lesión basocelular en tercio medio de párpado inferior.
El paciente es intervenido quirúrgicamente mediante técnica de Slow-Mohs, por

la cual en un primer paso, tal y como se recoge en el vídeo, se realiza la resección de la lesión, la cual es enviada al Servicio de Anatomía Patológica para diagnóstico histológico y valoración de bordes quirúrgicos.
La pieza es clasificada como carcinoma basocelular con bordes de lesión libres de células neoplásicas, por lo que se lleva a cabo una técnica de reconstrucción de Hughes, se realizó un injerto pediculado y en un paso posterior se produjo la sección del puente de unión del injerto.
El paciente no presentó complicaciones reseñables en el postoperatorio inmediato y cabe destacar que se encuentra en revisiones periódicas por parte de nuestro servicio, sin evidencia de recidiva de la lesión neoplásica.
**Resultados:** En este vídeo se realiza la intervención de Hughes para la reconstrucción de grandes tumores del párpado inferior, consistente en tomar un injerto pediculado de tarso y conjuntiva. En un segundo paso se realiza la sección del puente de unión del injerto tarsal.
Cabe destacar el éxito tanto a nivel estético como funcional, así como la ausencia de recidiva de la lesión neoplásica, lo que postula esta técnica como una gran opción en las reconstrucciones quirúrgicas de lesiones de gran tamaño en párpado inferior.

## CV03 Sección traumática musculatura extraocular

*Dra. Elena Pérez Diez, Dr. José Álvaro Toribio Garcia, Dra. Barbara Martín Escuer*

**Material y Métodos:** Presentamos el caso de un varón de 37 años que acude tras sufrir un traumatismo con un tornillo el región orbitaria derecha. A la exploración presentaba una herida palpebral en el tercio interno de párpado superior de espesor completo acompañada de laceración de los tejidos blandos orbitarios de la pared interna con posible identificación de fragmento de músculo recto medial a nivel de su inserción escleral. A la exploración de la motilidad extraocular, ausencia completa a la aducción en ojo derecho. Se solicita TC orbitario: rotura septo orbitario y desinserción músculo recto medio. Se interviene de urgencia,Presentamos el caso de un varón de 37 años que acude tras sufrir un traumatismo con un tornillo el región orbitaria derecha. A la exploración presentaba una herida palpebral en el tercio interno de párpado superior de espesor completo acompañada de laceración de los tejidos blandos orbitarios de la pared interna con posible identificación de fragmento de músculo recto medial a nivel de su inserción escleral. A la exploración de la motilidad extraocular, ausencia completa a la aducción en ojo derecho. Se solicita TC orbitario: rotura septo orbitario y desinserción músculo recto medio. Se interviene de urgencia, realizándose exploración minuciosa de tejidos orbitarios sector medial, encontrándose tanto el músculo como su cápsula completamente desinsertados y el músculo deslizado en el espacio subtenonia-

no. Se localizó tejido tenoniano perimuscular y en el fondo de dicho tejido se encontró extremo distal del músculo recto medial. Se realizó sutura continua del extremo distal con sutura de ácido poliglicólico de 6/0 doble armada, pasando posteriormente cada una de las agujas por los extremos superior e inferior del fragmento muscular proximal. A continuación suturamos ambos extremos musculares con dos puntos sueltos para asegurar la sutura. Sutura conjuntival y palpebral. En el postoperatorio precoz, presentó edema de tejidos blandos perioculares y diplopia en la mirada extrema en levoversión. La evolución fue favorable, no presentando diplopia en ninguna posición y resultado estético favorable.
**Resultados:** La cirugía en éste tipo de patología debe realizarse horas o pocos días después de accidente. Si las uniones intermusculares permanecen indemnes tras el traumatismo el pronóstico es mejor que en casos de pérdida muscular intra o postquirúrgica. Si el músculo entero es seccionado incluyendo su cápsula puede retroceder hasta el espacio subtenoniano y resultar muy difícil su localización. El recto medial no comparte uniones intermusculares con los músculos oblicuos pudiendo deslizarse muy profundamente en el espacio subtenoniano
y resultando irrecuperable. En éste caso el músculo se hallaba en el espacio subtenoniano, pero fue posible su localización y reparación tras cirugía minuciosa consiguiendo unl resultado funcional favorable, no apareciendo limitaciones ni diplopía.

## CV04 Cirugía de ptosis con reconstrucción de zona de transicion superior e inferior y técnica del hilo cerrojo

*Dra. Nuria Pfeiffer Vicéns, Dr. Markus J. Pfeiffer*

Material y Métodos:
El término griego ptosis significa "caída". En la cirugía oculoplástica usamos el término ptosis para descirbir una caída del párpado superior. En la mayoría de las formas de ptosis no se trata de una caída del párpado superior por gravitación, sino de un desequilibrio entre la fuerza de elevación y la fuerza de cierre. Existen múltiples técnicas descritas para la cirugía de ptosis, en nuestra opinión y experiencia, la resección de tejido es un sacrificio demasiado grave para corregir una ptosis. Hay que tratar de mantener el máximo tejido elástico del párpado, por ello las técnicas más recomendables y efectivas son aquellas que menor desestructuración de la anatomía producen. Exponemos en este vídeo una técnica quirúrgica que persigue la reconstrucción de la zona de transición superior mediante suturas entre la aponeurosis y el ligamento de whitnall y de la zona de transición inferior mediante la unión entre el tarso y la aponeurosis del elevador. Además, mostramos la técnica del hilo cerrojo para lograr un mejor ajuste postoperatorio.
**Resultados:** Defendemos la importancia de la reconstrucción de la zona de transición superior en la cirugía de ptosis, no solo por su efecto elevador del párpado,

si no por el menor índice de recidivas postoperatorias que produce. En un estudio propio hemos comprobado que el ligamento de whitnall posee prácticamente la misma movilidad que la aponeurosis del elevador. La zona de transición superior se encuentra entre la aponeurosis y el ligamento de Whitnall. En esta cirugía el acceso se realiza por vía anterior y tras la identificación de las estructuras anatómicas se procede a la sutura entre la aponeurosis y el whitnall y posteriormente entre el tarso y la aponeurosis. Para mantener la flexibilidad y la forma arqueada del párpado es necesario que las suturas conectivas entre los arcos se realicen fuera del tercio central . En este vídeo, además, se muestra la técnica del hilo cerrojo que facilita una corrección postoperatoria en caso de hipercorrección.

## CV05 Colgajo de músculo temporal e injerto libre de piel para rellenar gran defecto en fosa temporal y reborde orbitario

*Dr. Jorge Rivera Salazar, Dr. Javier Gálvez Martínez, Dr. José Juan Valdés González, Dra. Carmen Ispa Callén, Dra. Trinidad Infante León*

**Material y Métodos:** Mujer de 89 años que presenta gran tumoración en fosa temporal y área próxima de reborde orbitario, de 7 x 7,5 cm. La biopsia previa confirma epitelioma basocelular, el TAC no muestra extensión orbitaria ni extensión ósea. Para rellenar el gran defecto producido por la extirpación de la tumoración y el margen apropiado, decidimos realizar un colgajo de músculo temporal que sirve de base para un injerto libre de piel procedente de región abdominal.
**Resultados:** El colgajo de músculo temporal constituye un sistema vascular y muscular donante para la reconstrucción en área de cabeza y cuello, en Oculoplastia sirve como relleno orbitario en casos de exenteración y su fascia, para múltiples usos. En nuestro caso rellena el área de fosa temporal y provee de vascularización suficiente para un injerto libre de piel, que en este caso se mantuvo viable y integrándose sin complicaciones.
Ésta cirugía evita el desplazamiento de grandes colgajos para rellenar un gran defecto, que podría generar mayor morbilidad.

## CV06 Tratamiento de retracción secundaria a cirugía de reconstrucción de párpado inferior con injerto tarsoconjuntival y colgajo miocutaneo

*Dr. Jorge Rivera Salazar, Dr. José Juan Valdés González, Dr. Javier Gálvez Martínez, Dra. Carmen Ispa Callén, Dra. Trinidad Infante León*

**Material y Métodos:** Un varón de 48 a presenta epitelioma basocelular en área central, borde libre de párpado inferior. Para la reconstrucción de gran defecto de párpado inferior en persona joven realizamos un injerto libre tarsoconjuntival de 18 mm ipsilateral para reconstruir lamela posterior y un colgajo miocutaneo de avance vertical. Tras unos primeros días de resultado aceptable, se observa

una retracción progresiva del párpado inferior acompañada de ptosis y limitación marcada en la apertura de la hendidura palpebral, considerada secundaria a cicatrización retráctil del colgajo miocutaneo.
Se realiza liberación de sinequias cicatrízales e injerto libre de piel procedente de área retro- auricular.
**Resultados:** La liberación de sinequias cicatriciales y un injerto libre de piel de suficiente tamaño para el desplazamiento de tejidos, que permite una apertura normal de la hendidura palpebral. El caso nos enseña que una cicatriz retráctil puede producir múltiple sintomatología que es necesario valorar y tratar adecuadamente.

## CV07 Un inusual caso de proptosis: reporte de caso de tumor fibroso solitario de órbita

*Dr. Juan Carlos Cortés Quiroz, Dr. José Juan Mondejar García, Dr. Javier Alejandro Salinas López, Dra. Marta Rodríguez Piñero, Dra. Nuria Domenech Aracil*

**Material y Métodos:** Case Report: Varón de 82 años que presenta tumefacción palpebral en ojo derecho (OD) de 6 semanas de evolución con limitación en aducción y elevación que es valorado por oftalmólogo de Hospital de zona, que observa exoftalmos con desplazamiento del globo infratemporal con sospecha de masa retrobulbar secundaria. Antecedentes oculares: Cirugía por perforación traumática y vitrectomia por hemovítreo OD con pérdida visual posterior.
Se informa en el TAC de orbitas solicitado de la existencia de una lesión nodular de densidad de partes blandas bien delimitada, extraconal medial de 28x18x33 mm, de lento crecimiento, no agresiva. RMN confirmó lesión superomedial con efecto de masa sobre vertiente posterior. Se programa para biopsia de lesión pero por sangrado intraoperatorio no se llevó a cabo.
Nueva RM informa de crecimiento de lesión, con mayor extensión hacia tejidos anteriores con leve expansión hacia superficie frontal, alcanzando 44x36x30 mm y mayor efecto de masa sin invasión de tejidos adyacentes.
Derivado a nuestro servicio de Oftalmología (Unidad de Órbita), se procede a intervenir conjuntamente con Neurocirugía, realizándose una craniotomía fronto-orbitaria derecha con abordaje coronal por cuero cabelludo, exposición subperióstica de la órbita con eliminación del techo de la misma y acceso superior a periórbita, disección de músculos rectos superior e interno y extirpación de tumoración que ocupa techo y pared medial. Se reconstruye techo de órbita y se cierra por planos.
Anatomía Patológica (AP) reporta tumor orbital mesenquimatoso, positivamente marcada para CD34 y negativo para EMA, siendo los hallazgos morfológicos e histoquímicos concordantes con Tumor Fibroso Solitario (TFS).

En RM postquirurgica se reporta lesión nodular de 17 mm que se sospecha de resto tumoral en pared medial y superointerna, se reinterviene mediante incisión palpebral superomedial y abordaje trans-septal, disecando tumoración adherida a planos profundos, polea de oblicuo superior, recto medial y sobre cúpula de saco lagrimal. AP concluye que es tejido fibroso hialinizado con focos de tejido adiposo compatible con un seudotumor inflamatorio evolucionado de órbita.
Evolución postoperatoria favorable tras una pauta descendente de corticoides orales, sin presencia de protrusión y mejoría de la motilidad ocular. Se solicitó IgG4 que resulta en niveles normales, descartando posible Pseudotumor inflamatorio. Ptosis palpebral en OD remanente que en ultima visita ha ido recuperando.
**Resultados:** Discusión: El Tumor Fibroso Solitario (TFS) se presenta frecuentemente en adultos mayores de 40 años, con proptosis indolora, unilateral. Los pacientes pueden presentar en menor frecuencia visión borrosa, edema palpebral, dismotilidad y masa palpable. Estos tumores crecen de cualquier sitio de la órbita, raramente muestran evidencia de extensión ósea o infraorbitaria. El TFS de órbita es generalmente benigno, de crecimiento lento y curso indolente, y raramente recurre.
Los hallazgos principales son los de una lesión bien definida sin infiltración del nervio óptico ni músculos. El diagnóstico final se hace con inmunohistoquímica. Marcadores como el CD34 y la vimentina son fuertemente positivos y constantes; otros marcadores como el muscular, epitelial, vascular, neuronal y glial son negativos.
Actualmente debe considerarse a los TFS en el diagnóstico diferencial de todo enfermo que presenta proptosis unilateral y en cuyas imágenes se observa una masa bien delimitada que realza intensamente en el TAC o RM con contraste. El diagnostico diferencial más frecuente lo constituyen el hemangiomas cavernosos y el schwanoma; el primero presenta baja positividad para CD34 y el segundo, si bien expresa CD34, tiene más positividad para proteína S-100, no así el TFS.. El tratamiento de elección, y en su gran mayoría curativo, es la exeresis simple. Es importante que la resección sea completa y se hace mandatorio hacer un seguimiento de los pacientes debido a la recidiva. De ahí que la técnica quirúrgica es crucial que sea la más adecuada guiándonos de la localización de la lesión para un abordaje preciso como en nuestro caso.

## CV08 Biopsia de nervio óptico para el diagnóstico de glioma maligno

*Dr. José Manuel Ortiz Egea, Dra. M.ª Antonia Fagundez Vargas, Dra. M.ª José Carrilero Ferrer, Dra. Inmaculada Paños*

**Material y Métodos:** Se presenta el caso de una mujer de 51 años, que presenta disminución de la agudeza visual y dolor retroocular derecho de una semana de evolución, asociada a cefalea. En la resonancia magnética craneal se observa un

nervio óptico derecho engrosado hasta quiasma , y que capta contraste, sospechoso de neuropatía inflamatoria o infiltrativa Se inició tratamiento con corticoides orales pero, ante la progresión de la clínica se decide realizar Biopsia de nervio óptico para un diagnóstico preciso.
Exponemos un vídeo de la cirugía de la biopsia. A través de conjuntiva nasal, desinsertamos recto medio y accedemos a la región retrobulbar donde localizamos nervio óptico y tomamos muestras de la vaina así como del propio nervio.
**Resultados:** El informe de anatomía patológica desvela astrocitoma pilocítico (glioma grado I) pero el comportamiento agresivo que presenta (diseminación subependimaria en ventrículos laterales y alrededor de IV ventrículo, con hidrocefalia secundaria), hace sospechar que sea de mayor grado (III-IV, posible glioblastoma multiforme), por lo que se instauró tratamiento radioterápico y quimioterápico.

## CV09 Técnica del tatuaje corneal como alternativa a las prótesis oculares y lentes de contacto cosméticas

*Dra. M.ª Alejandra Amesty, Dr. Jorge Alió, Dra. Alejandra Rodríguez*

**Material y Métodos:** El presente video muestra varios de los casos tratados con las técnicas de queratopigmetación utilizando pigmentos minerales micronizados. Se ilustra la técnica de tinción corneal superficial, con un dispositivo automático que inyecta el pigmento en el estroma corneal anterior, la técnica de tinción intraestromal, en la que se crea un túnel y el pigmento se introduce en el mismo con la ayuda de una cánula, y la técnica de tinción mixta que combina las anteriores.
**Resultados:** La queratopigmentación se ofrece como alternativa al uso de prótesis oculares y lentes de contacto cosméticas, teniendo en cuenta los buenos resultados tanto cosméticos como funcionales obtenidos en el presente estudio. Podría también disminuir las frecuentes complicaciones asociadas al uso de lentes de contacto y prótesis en estos pacientes que presentan ojos severamente deteriorados.

## CV10 Reparación de surco superior profundo en cavidad anoftálmica con injerto de grasa autóloga en paciente eviscerado

*Dr. Carlos Enrique Chau Ramos, Dr. Basilio Moreno García-Rubio, Ignacio Maestre Mulas, Julia Fajardo Sánchez, Pablo Javier Mazagatos Used, Francisco Javier Alcantud Jiménez, Cristian Manuel Carranza Neira*

**Material y Métodos:** Paciente mujer de 68 años de edad acude a nuestro Sección de Oculoplastica y Vías Lagrimales por presentar asimetría de contorno orbitario derecho. De forma progresiva desde hace 1 año. Antecedentes Generales: Hiper-

tensión arterial. Antecedentes Oftalmológicos: Evisceración de ojo derecho en Hospital de la Seguridad Social por Melanoma coroideo, con posteriores estudios de extensión sistémico negativos.
Describimos la Técnica Quirúrgica realizada en la paciente.
Bajo anestesia general, realizamos:

1. Incisión y disección de piel de aprox. 6cm. En región abdominal flanco izquierdo.
2. Abordaje de tejido celular subcutáneo (TCSC) y posterior disección de pedículos grasos.
3. Aislamiento de pedículos grasos para autoinjerto.
4. Electrocoagulación para hemostasia de zona donante.
5. Cierre de TCSC con sutura.
6. Sutura con grapas de piel.
7. Medición y demarcación con rotulador de pliegue palpebral.
8. Apertura de piel con bisturí.
9. Disección de musculo orbicular.
10. Apertura de septo orbitario.
11. Localización de la aponeurosis del músculo elevador del parpado superior.
12. Localización y posicionamiento de pedículos grasos en región pre-aponeurótica (zona receptora).
13. Cierre de musculo orbicular con sutura reabsorbible 6/0.
14. Cierra de piel con sutura no reabsorbible 6/0.

**Resultados:** La pérdida gradual de volumen orbitario se ve a menudo en pacientes sometidos a cirugías tan agresivas como la enucleación y evisceración, con la siguiente presentación del síndrome de la cavidad anoftalmica.
Dentro de sus principales complicaciones están: La formación del surco superior profundo, contractura del fornix, contractura orbitaria, ectropión y ptosis.
La pérdida de volumen de la cavidad anoftálmica se manifiesta por un surco superior profundo y endoftalmos. Esta pérdida de volumen puede conducir a una alteración facial de tipo estetica.
Existe una variedad de procedimientos que han sido propuesto para el aumento de volumen orbitario. Son las llamadas técnicas de relleno (Fillers techniques), que van desde las menos cruentas a las más cruentas. Algunas de las descritas ampliamente en la literutra son: Fillers de ácido hialuronico, hidroxiapatita cálcica, ácido polilactico, polimetilcrialato. Estas últimas con una duración de su efecto entre 4 meses a 2 años aproximadamente, teniendo la ventaja de ser poco cruentas.
Otras Fillers techniques mas invasivas como Cranioplast e injerto autólogo de grasa tienen la ventaja de un efecto más prologando o permanente de su efecto.
El Cranioplast es un éster metílico de ácido metacrílico. Se polimeriza en el momento de la cirugía para formar metacrilato de metilo. Durante el proceso de poli-

merización, el material cambia de un líquido a estado sólido. Mientras el material está en la fase de «masilla», puede ser moldeado para adaptarse a la anatomía del suelo de la órbita, siendo de esta manera un implante del suelo de la órbita que eleva su contenido y restaura el volumen en el surco superior.
La transferencia de grasa autóloga es otra técnica descrita que se basa en la extracción manual de grasa con una mínima presión negativa en la jeringa y cánulas romas para infiltración de la grasa. La grasa es previamente procesada mediante centrifugación durante 3 min a 3000 rpm y posterior inyección en la zona del defecto.
La técnica que describimos en el presente video pertenece a la transferencia autóloga de grasa abdominal mediante injerto de pedículos grasos hacia la región pre - aponeurótica del parpado superior. Es una técnica que nos permite evitar elementos adicionales como la centrifugación previa del tejido de la zona dadora. Están ampliamente descritas con buenos resultados estéticos y en cuanto a la permanencia de su efecto.

## CV11 Extirpación subtotal de la glándula lagrimal principal, como tratamiento de la epífora, cuando la vía lagrimal es irrecuperable

*Dra. encarnación Mateos Sánchez*

**Material y Métodos:** Los pacientes con epífora constante se sienten muy molestos y limitados en su vida laboral y de relación social. Hasta ahora solamente se les ofrecía el implante de una prótesis de drenaje, con todos los problemas que conlleva, o aceptar la minusvalía.
La extirpación subtotal de la glándula lagrimal principal es una excelente opción en el tratamiento de la epífora.
**Resultados:** Ocho pacientes, en edades comprendidas entre 40 y 69 años han sido tratadas con esta técnica entre los meses de febrero de 2015 y abril de 2016. En todos ellos se ha conseguido una importante mejoría de la clínica y ninguno ha presentado síntomas de ojo seco.