

XXVII CONGRESO
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CIRUGÍA PLÁSTICA
OCULAR Y ORBITARIA



SECPOO

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PLÁSTICA
OCULAR Y ORBITARIA



Madrid

31 de mayo, 1 y 2 de junio de 2017

Hospital 12 de Octubre

Comunicaciones en panel

CP01 Infección por serratia marcescens en implante orbitario poroso

Dra. Lorena Fernández Montalvo, Dra. Nuria Ibáñez Flores, Dra. Pilar Cifuentes Canorea, Dra. Brenda Carmina Mendoza García

Caso clínico: Se describe el caso de un varón de 48 años de edad que fue visce-
rado en otro centro, de urgencias, del ojo izquierdo tras sufrir un accidente de trá-
fico tres años antes de sufrir una exposición del implante orbitario de repetición
producida por sobreinfección por *Serratia Marcescens*. Este germen es típico de
infecciones nosocomiales, sobre todo en UCI pediátrica, e infrecuente en adultos.

Discusión: La aparición de secreciones mucopurulentas en presencia de una
dehiscencia conjuntival en un paciente con un implante orbitario debe alertar-
nos de una posible infección profunda del implante, que en la mayoría de casos
requerirá la explantación del implante infectado, por lo que siempre, ante una
exposición del implante, deben realizarse cultivos para detectar una posible in-
fección del mismo.

E-mail autor: lorenafmontalvo@gmail.com

**CP02 Inflamación Crónica asociada a implante orbitario de hidroxiapatita
en cavidad anoftálmica**

*Dra. Alicia Galindo Ferreiro, Dra. M.ª Victoria Marqués Fernández, Dra.
Silvana Schellini, Dra. Sahar Elkhamary*

Objetivo: Demostrar que el implante orbitario de Hydroxiapatitea (HA) puede
desarrollar inflamación crónica orbitaria resistente a tratamiento convencional.

Método: Serie de casos de pacientes con HA que desarrollaron una inflamación
crónica orbitaria resistente a tratamiento convencional entre 2015 y 2016.

Resultados: Presentamos seis casos (4 hombres, 2 mujeres) con inflamación cró-
nica orbitaria resistente a tratamiento convencional con cavidad anoftálmica y
HA. Tenían secreción, dolor, enrojecimiento de conjuntiva que comenzó entre
las 2 semanas post implantación del implante a 2 décadas después.

El TAC mostraba inflamación peri-implante. La histología mostraba reacción de
cuerpo extraño granulomatosa, mayoritariamente alrededor del implante. Se de-
cidió el explante de HA con la consecutiva resolución de la inflamación.

Conclusión: La Inflamación crónica orbitaria puede darse muchos años después
de la implantación de HA en una cavidad anoftálmica. Sólo remiten los síntomas
si se explanta la HA.

E-mail autor: ali_galindo@yahoo.es

CP03 La importancia de los pequeños detalles en la evisceración en 4 pétalos: pasado y futuro

Dr. David Martínez Martínez, Dra. Salomé Abenza Baeza, Dra. Nuria García Gallardo, Dr. José M.ª Marín Sánchez

Caso clínico: Mujer de 32 años con diabetes tipo 1 de 20 años de evolución y mal control metabólico, que precisó doble trasplante de riñón-páncreas bajo inmunosupresión. Tras varias intervenciones secundarias a su retinopatía diabética proliferante, desarrolló una ptisis bulbi en el ojo izquierdo. En 2014, la paciente fue sometida a una evisceración sin esclerotomía posterior e implante de MED-POR de 16 mm. En 2016 acude a consulta de oculoplástica con molestias para la colocación de su prótesis externa, hiperemia conjuntival y secreciones. A la exploración, se observa una exposición de 10 mm de diámetro, por lo que se decide tratamiento oral (amoxicilina-clavulánico) y tópico (ciprofloxacino y diclofenaco). Tras estudiar la causa del fracaso de la cirugía previa, nos planteamos varias opciones para un recambio del implante y cierre del defecto: 1) Injerto dermograso, 2) Implante secundario recubierto con fascia lata o esclera donante más injerto de mucosa labial. 3) Retirada del implante y reconstrucción en un segundo tiempo. Se realizó cirugía reglada de evisceración observando un remanente de casquete escleral posterior que fue utilizado para recubrir sin tensión una prótesis de 20 mm con esclerotomía posterior 360°, y cerrando tenon y conjuntiva en dos planos sin tensión.

Discusión: Una mala técnica quirúrgica por un cirujano no oculoplástico puede dar lugar a una gran cantidad de complicaciones futuras, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos, con la apertura de tejidos y la exposición de la prótesis. La colocación de un implante a tensión, es uno de los principales problemas que se presentan en la cirugía de la evisceración si no se realiza correctamente.

Conclusiones: Desde la modificación en 2003 de la técnica en 4 pétalos de la evisceración con la esclerotomía posterior 360°, se han reducido notablemente las complicaciones observadas con dicha técnica. Se espera que en el futuro, las exposiciones de prótesis sea un hallazgo clínico a extinguir.

E-mail autor: davmart89@gmail.com

CP04 Recubrimiento con aloinjerto de dermis acelular en gran extrusión de prótesis orbitaria

Dra. Asunción Serra Moltó, Dra. M.ª Consuelo Serra Verdú, Dra. Encarnación Mengual Verdú, Dr. José Ramón Hueso Abancens

Objetivo: Valorar el recubrimiento con aloinjerto de dermis acelular en un caso de gran extrusión de prótesis orbitaria en paciente enucleada hace menos de un año.

Caso clínico: Mujer de 60 años con enucleación hace 10 meses por melanoma corioideo de ojo derecho, que presenta molestias, secreción y sensación de roce. Tras la retirada de la prótesis externa se observa gran superficie de extrusión. Se decide recubrimiento utilizando aloinjerto de dermis acelular, dado el gran tamaño de la extrusión y con el fin de evitar la extracción de dermis en otros campos quirúrgicos.

Bajo anestesia retrobulbar, se desbridó el perímetro de tejido residual al implante y se suturó el aloinjerto en el reborde mediante Vicryl 6-0. La paciente siguió revisiones en consultas periódicamente, observando revascularización del aloinjerto, y mejoría de la sintomatología inicial.

Discusión: Una complicación frecuente en cavidad anoftálmica es la extrusión de la prótesis orbitaria. Influye el tipo y tamaño de prótesis así como la técnica de extracción empleada, y los materiales de recubrimiento, que tienden a retraerse. Otros factores, son la irritación y el roce de tejidos permanentes.

En su manejo se han desarrollado varias técnicas. Los injertos de dermis acelular pueden resolver esta complicación, puesto que la dermis minimiza la reabsorción de la grasa, y sirve de estructura de soporte a la conjuntiva, consiguiendo mayor hermeticidad y uniformidad de la superficie.

Conclusiones: El aloinjerto de dermis acelular es un buen material sustitutivo en casos de pacientes con extrusión de implantes orbitarios, facilitando el recubrimiento y proporcionando una alternativa a los injertos autólogos y otros materiales aloplásticos. Posee excelentes propiedades de manipulación y se asocia con una mínima inflamación dada la ausencia de respuesta inmune. Se requiere un seguimiento a largo plazo para evaluar la persistencia y comportamiento del tejido en este tipo de intervenciones.

E-mail autor: macon_sv@hotmail.com

CP05 Neuritis óptica anterior como debut de enfermedad inflamatoria orbitaria inespecífica

Dra. Ana María Angulo Granadilla, Dr. Ignacio Tapias Elías, Dr. Javier Ráez Balbastre, Dr. Alberto Escudero Villanueva

Introducción: La enfermedad inflamatoria orbitaria inespecífica (EIOI) es la tercera patología más frecuente de la órbita tras la orbitopatía tiroidea y los procesos linfoproliferativos, sin evidenciar enfermedad local o sistémica asociada.

Caso clínico: Mujer 65 años acude por pérdida de visión en ojo izquierdo con dolor a la movilización de un día de evolución.

A la exploración presenta agudeza visual de 0.7 ojo derecho y 0.3 en ojo izquierdo, edema de papila en ojo izquierdo y defecto pupilar aferente relativo. Se realizan pruebas de neuroimagen observándose un engrosamiento del nervio óp-

tico izquierdo con ocupación por material de partes blandas en vértice orbitario izquierdo y engrosamiento de los vientres musculares de los rectos externos e internos, así como infiltración por tejido de partes blandas del seno cavernoso, fosa pterigopalatina y espacio masticador izquierdo.

Se pauta tratamiento con corticoides sistémicos y se realiza estudio descartando patología tumoral, infecciosa e inmune.

La paciente queda con tratamiento crónico con corticoides orales a bajas dosis y azatriopina oral.

Actualmente está asintomática con mejoría radiológica.

Discusión: La afectación del ápex orbitario en la EIOI es poco frecuente y se relaciona con peor pronóstico. Las lesiones inflamatorias a ese nivel tienen el riesgo de invadir el nervio óptico o extenderse hacia el seno cavernoso.

El diagnóstico diferencial de las lesiones del ápex orbitario incluye meningiomas, enfermedades granulomatosas y extensión de patología del sistema nervioso central. El diagnóstico de EIOI es un diagnóstico de exclusión, donde las pruebas de imagen juegan un papel fundamental.

La biopsia orbitaria se realiza en casos de duda diagnóstica o refractarios al tratamiento. En esta paciente se descartó la realización de la biopsia debido a la localización de la lesión y a la mejoría clínica y radiológica con el tratamiento sistémico.

E-mail autor: amangulo79@gmail.com

CP06 Tumor de células gigantes afectando todas las paredes de la órbita

Dra. Bárbara Berasategui Fernández, Dr. Roberto Fernández Hermida

Objetivos: Presentar un caso de Tumor de células gigantes (TCG), en el contexto de una Enfermedad de Paget, que se extiende bilateralmente afectando a todas las paredes de la órbita.

Caso: se trata de un varón de 69 años afectado de TCG orbitario, originado en la porción ascendente del maxilar superior derecho y que progresivamente se ha extendido a ambos huesos maxilares, malares, celdas etmoidales, seno frontal y esfenoidal. En el contexto de una Enfermedad del Paget craneal, su seguimiento se ha prolongado durante la última década. Por su crecimiento extraperióstico, este TCG ocasionó deformidad de las paredes orbitarias y oclusión de ambas vías lagrimales tratadas con sendas lacorriostomías fallidas. Así mismo, por su continuo crecimiento, motivó la práctica de varias intervenciones de debulking de los tejidos blandos periorbitarios y también correctoras de malposición palpebral secundaria y diplopía.

Discusión: El TCG es una neoplasia primitiva de huesos largos, infrecuente en términos generales (5-8% de los tumores óseos primarios), aún más en el cráneo (1% de TCG; más frecuente en esfenoides y hueso temporal), y muy raro de presen-

tación en la órbita. No es infrecuente que aparezca asociado a la Enfermedad de Paget multifocal. Histológicamente el aspecto del TCG es benigno pero su comportamiento biológico es de carácter infiltrante y de mayor agresividad en caso de afectar a los huesos del cráneo. En la literatura son escasas las referencias de afectación orbitaria por TCG.

Conclusiones: El TCG orbitario es una neoplasia rara nunca antes descrita afectando todas las paredes orbitarias, siendo este caso la cuarta referencia a afectación del zigoma. De carácter progresivo, precisa numerosas intervenciones quirúrgicas de debulking con el fin de paliar sus secuelas deformantes. Revisamos su diagnóstico y manejo quirúrgico, resultando este caso único en la literatura internacional a día de hoy.

E-mail autor: barbi_bera84@yahoo.es

CP07 Banda de cerclaje simulando un tumor orbitario

Dr. Carlos Daniel Blando Labradero, Dra. Laura Andrea Lima Modino, Dra. Vianhi Lopez Rioja, Dra. Rosa Isela Rubio Lozornio

Paciente que acude al servicio de órbita por masa de crecimiento periocular de 16 años de evolución con proptosis, dolor, secreción y disminución de AV en OD. Presentaba de antecedentes DM y DdR bilateral intervenido con cerclaje en 1991. La AV era de MM. Presentaba limitación de movimientos oculares e hipotonía. La ecografía sugiere la presencia de un quiste de inclusión y no descarta comunicación intraocular. El TC demuestra una masa hipodensa que rodea al globo ocular y lo deforma.

El paciente vuelve con salida de material blanquino, friable y gelatinoso por su OD. Este se estudia y se observa un material acelular, que forma celdillas de tamaño variable, con hifas.

Se interviene y se retira material. Este es similar al previo. El paciente no presentó signos ni síntomas de infección en ningún momento.

Diagnóstico: Banda de hidrogel en proceso de extrusión

Discusión: Estas bandas se utilizaron desde los 80, y fueron retiradas del mercado en 1995. Eran en teoría mejores a las de silicona, con menos complicaciones y al hidratarse producían una mayor indentación con el tiempo, sin embargo las complicaciones no aparecieron hasta los 5-10 años de su colocación, y consisten en dolor, inflamación, migración, extrusión, ptosis, restricción, lesión del globo y phtisis bulbi.

En el TC es hipodenso, puede presentar calcificación distrófica y en caso de hacerse con contraste se puede ver la cápsula. Forma granulomas de cuerpo extraño y se fragmenta con mucha facilidad cuando está hidratado.

El paciente es de los pocos que presentan salida espontánea de material por una herida conjuntival, siendo el material visible bajo la conjuntiva solo en el 26% de los pacientes según una serie de 23 casos presentada por Chen.

Hay casos que se han confundido con tumores malignos, o un caso descrito con erosión de todas las capas del párpado inferior.

Conclusiones: Es necesario un conocimiento amplio de las técnicas y productos utilizados en el pasado y prudencia ante las innovaciones.

E-mail autor: carlosdanielcdbl@gmail.com

CP08 Siringoma condroide de ceja

Dr. Diego Díaz Aguirre, Dr. Juan Stael Apolo, Dra. Iria Conde González, Dra. María Castroviejo Bolibar, Dr. J.M Suárez Peñaranda

Antecedentes: Este raro tumor cutáneo, indoloro y de crecimiento lento, se localiza preferentemente en cabeza y cuello. Constituye la variante cutánea del adenoma pleomorfo de la glándula salivar y se puede diferenciar hacia cualquier estructura de anejos cutáneos.

Fue descrito por primera vez en 1859 por BILLROTH como «Tumor Mixto» por sus características micro-arquitecturales de doble origen: mesenquimal y epitelial sobre una matriz mixoide y/o condroide. Este término se mantiene hasta que en 1961, HIRSCH y HELWIG acuñan el término de «Siringoma Condroide» por su apariencia histológica de glándula sudorípara sobre un estroma cartilaginoso.

Objetivo: presentar dos casos clínicos de Siringoma Condroide de ceja, su tratamiento y los resultados postoperatorios.

Material y Métodos: Dos pacientes jóvenes consultan por una tumoración de años de evolución, indurada y protruyente en la ceja. La PAAF informa benignidad y el estudio histológico confirma el diagnóstico de Siringoma Condroide.

Se exponen las características clínicas de este raro tumor, diagnóstico diferencial, tratamiento y una revisión actualizada del tema.

Resultados: El seguimiento clínico demostró la benignidad de la tumoración y ausencia de recidivas. Ningún caso precisó re-intervención.

Conclusiones: La evolución maligna es muy infrecuente y la extirpación quirúrgica in toto es el tratamiento adecuado y definitivo de este tipo de tumores.

CP09 Gliosarcoma de base de cráneo con invasión orbitaria

Dra. Lillian Chamorro, Dra. Jessica Matas, Dr. Cristóbal Langdon, Dr. Santiago Ortiz Pérez

Objetivos: Describir las características y comportamiento del gliosarcoma con afectación orbitaria mediante la descripción de un caso.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 66 años que acudió a nuestro centro por dolor periocular izquierdo de 3 meses de evolución. A la exploración se observó proptosis izquierda de 4 mm y dolor al movimiento ocular. La neuroimagen evidenció una tumoración en el ala mayor de esfenoides sugestiva de malignidad. Realizamos una biopsia a través de un abordaje por párpado superior. A los 7 días la paciente ingresó por un deterioro neurológico importante. La neuroimagen mostraba una progresión importante del tumor hacia regiones adyacentes, ocasionando un importante efecto masa. El resultado de anatomía patológica informó de Gliosarcoma de alto grado. Dado el rápido deterioro de la paciente se decidió tratamiento paliativo y contención terapéutica. Al mes del ingreso la paciente falleció por las complicaciones neurológicas.

Discusión: El Gliosarcoma es una variante del glioblastoma, representa del 2 al 8% del mismo, es más agresivo y está constituido por elementos glial y mesenquimal malignos.

Su localización más común es el lóbulo temporal (37-44%). La participación de la base del cráneo es muy rara, tan solo hemos encontrado 4 casos publicados, uno de los ellos además afectaba la órbita, como el caso que describimos.

El pronóstico del gliosarcoma es generalmente malo, con una supervivencia media de 8-24 meses desde el inicio de los síntomas. La muerte suele ser secundaria a las complicaciones neurológicas. El tratamiento se basa en la resección del tumor y radioterapia con o sin quimioterapia en algunos casos.

Conclusión: El presente caso muestra el comportamiento agresivo y la rápida progresión del gliosarcoma. A pesar de ser una entidad infrecuente y escasamente reportada, puede afectar a la órbita y debutar con síntomas oftalmológicos. Es necesaria la sospecha precoz y la actuación multidisciplinaria.

E-mail autor: ly.chamorrolopez@gmail.com

CP10 Linfomas orbitarios en población española. Estudio descriptivo y efectos secundarios del tratamiento con radioterapia

Dra. Pilar Cifuentes Canorea, Dra. Maravillas Abia Serrano, Dr. Ferrán Mascaró Zamora, Dra. Nuria Ibáñez Flores

Objetivo: Determinar la epidemiología de los linfomas orbitarios en población española y los efectos secundarios del tratamiento con radioterapia.

Material y método: Estudio retrospectivo descriptivo de los linfomas orbitarios diagnosticados entre los años 2000 y 2016 en los servicios de Oftalmología del Hospital de Bellvitge, Institut Català de Retina y Clínica Teknon de Barcelona, y tratados, todos ellos, en el Servicio de Radioterapia del Institut Català d'Oncologia (ICO).

Resultados: Se analizaron 35 pacientes, 24 mujeres y 11 hombres. El subtipo más frecuente fue el tipo MALT (60%), seguido del linfoma B de células grandes (17%), linfoma folicular (14%), linfoma del manto (6%) y por último linfoma linfoplasmocitario (3%). Solo 6 pacientes presentaron efectos secundarios a la radioterapia, todos ellos leves y con buena respuesta al tratamiento médico tópico.

Discusión: De modo similar a otras series, el subtipo de linfoma orbitario más frecuente fue el tipo MALT, aunque en nuestro caso la frecuencia del subtipo MALT es menor que en otras series norteamericanas y mucho menor que otras series europeas. De los pacientes tratados con radioterapia, encontramos un 22% de efectos secundarios como dermatitis, queratitis, blefaritis y conjuntivitis. Siendo todos ellos leves, con buena respuesta al tratamiento médico conservador y más frecuentes en pacientes con dosis más altas. No hemos encontrado pacientes que desarrollen catarata a lo largo del seguimiento, esto se debe probablemente al uso de protector ocular en las sesiones de radioterapia.

Conclusiones: En la población española estudiada los linfomas orbitarios se presentan en la mayoría de los casos en mujeres, el subtipo más frecuente es el tipo MALT y en caso de enfermedad localizada la radioterapia como monoterapia obtiene muy buen control de la enfermedad con pocos y leves efectos secundarios. E-mail autor:pilarcifuca@gmail.com

CP11 Papel de la biopsia de glándula lagrimal en el diagnóstico de granulomatosis con poliangeítis (GPA): a propósito de un caso

Dr. José Vicente Dabad Moreno, Dra. Oriana D'Anna Mardero, Dra. Margarita Sánchez Orgaz, Dra. María Granados Fernández

Objetivo: Describir un caso de GPA diagnosticada y tratada en base a los hallazgos clínicos orbitarios y al resultado de la biopsia de la glándula lagrimal (GL).

Caso clínico: Mujer de 42 años con DM1, en estudio por posible GPA. Consultó por dolor retroocular, sensación de cuerpo extraño y ptosis bilateral de reciente comienzo. Presentaba AV de 2/3 en ambos ojos, ptosis, aumento de volumen ambas GL, ojo seco y queratitis filamentosa. Resto de exploración normal. En el estudio de laboratorio se observó elevación de los reactantes de fase aguda y ANCA (-). En la RMN se objetivó sinusitis y aumento de volumen de ambas GL. La biopsia pulmonar fue negativa, y la de GL mostró hallazgos compatibles con GPA. Se trató con metilprednisolona y ciclofosfamida con mejoría.

Discusión: La GPA es una vasculitis de pequeño vaso que afecta vía respiratoria superior, pulmón y riñón. La afectación orbitaria aparece en un 8-22% de los casos, generalmente en la forma localizada (en la que están afectadas las vías respiratorias y respetado el riñón), siendo la dacrioadenitis la forma más habitual de presentación. El diagnóstico se basa en criterios clínicos, histológicos e inmunológicos, siendo muy específica pero no patognomónica la presencia de c-ANCA. La biopsia pulmonar es positiva en 91% y la orbitaria en 54% de los casos. La tríada clásica de necrosis, vasculitis y granulomas no es habitual en tejido extrapulmonar. El tratamiento se basa en inmunomodulación con ciclofosfamida y corticoides.

Conclusiones: La correlación de la clínica, las pruebas de imagen y los hallazgos histológicos y de inmunohistoquímica es clave en el diagnóstico. En los casos de dacrioadenitis con sospecha de GPA, la biopsia de GL es un procedimiento sencillo y poco invasivo que puede ayudar a confirmarlo. Es importante un diagnóstico certero dada la severidad de la enfermedad y las posibles complicaciones y toxicidad derivadas del tratamiento.

CP12 Oncocitoma caruncular: presentación de un caso y revisión epidemiológica de los oncocitomas de los anejos oculares

*Dr. Fernando Dolz Güerri, Dra. Marta Calsina Prat, M.^a Teresa Rodrigo Calvo,
Dra. Ana Martínez Palmer*

Se presenta caso de un oncocitoma caruncular. Se realizó búsqueda en MEDLINE y revisión retrospectiva de los datos epidemiológicos de los casos publicados de oncocitomas de anejos oculares desde 1980 hasta la fecha.

Caso clínico: Paciente varón de 76 años con antecedentes de glaucoma derivado desde Sección de Glaucoma para valoración de masa en carúncula lagrimal de ojo derecho. Paciente asintomático. Se objetiva lesión con hipertrofia sebácea a nivel de carúncula derecha. Resto de exploración sin hallazgos significativos. Se realiza biopsia excisional. Durante disección quirúrgica se observa componente vascular en la lesión. La histopatología muestra células poligonales de citoplasma amplio y eosinófilo con núcleo central redondeado de cromatina dispersa. Estas células se disponen formando espacios glandulares y se observan células secretoras de mucina dispersas.

En la revisión de casos de oncocitomas hemos encontrado una media de edad de presentación de edad de 67 años [n=70], con una ratio hombre-mujer 4:9 [n=82]. Se localizan por orden de frecuencia en carúncula (66,6%), saco lagrimal (7%), párpado (5%), conducto naso-lacrimal (4%), pliegue semilunar (4%), punto lagrimal (3,5%) y conjuntiva (2,6%) [n=114].

Discusión: Las muestras de carúncula representan menos del 1% de las muestras enviadas a Anatomía Patológica. El oncocitoma es un tumor benigno que ocurre más comúnmente en las glándulas lagrimales o salivales. Es plausible que surja del tejido de la glándula lagrimal accesorio. El tratamiento de la mayoría de las masas carunculares es observación o resección local, dependiendo del diagnóstico final. Los oncocitomas de los anejos oculares se han asociado a una presentación en edad avanzada.

E-mail autor: 61734@parcdesalutmar.cat

CP13 Dermatitis Neutrofílica Aguda Febril (Síndrome de Sweet) y sus manifestaciones oculares

Dra. Sasha Finianos Mansour, Dr. Juan Riba García, Dra. Diana Fuentes, Dr. Miguel Ángel Ordoñez

Introducción: El síndrome de Sweet es una enfermedad que produce fiebre, neutrofilia y placas eritematosas en piel; además se acompaña de manifestaciones inflamatorias sistémicas. Esta comúnmente asociada a conjuntivitis y a múltiples tipos de inflamación ocular como: inflamaciones orbitarias y periorbitarias, dacrioadenitis, epiescleritis, nódulos limbares, queratitis ulcerativa, iritis, glaucoma y coroiditis.

Caso clínico: Paciente masculino de 73 años de edad que acude por intenso dolor, edema y eritema en OD de 4 días de evolución. Dos días antes había sido diagnosticado de conjuntivitis aguda y había iniciado tratamiento sin evidenciar ninguna mejoría clínica. Antecedentes personales: Ca de próstata. Síndrome de Sweet secundaria a proceso tumoral Vs Farmacológica diagnosticada a través de biopsia. Exploración: MOEs con limitación a la supra, infra y dextroversión. Proptosis. Eritema palpebral con edema, doloroso a la palpación. Conjuntiva hiperémica y quemosis importante. TAC órbita: Signos inflamatorios de grasa intraconal y de la vaina del nervio óptico. RM: Alteraciones de aspecto inflamatorio de estructuras orbitarias. Se inicia tratamiento corticoideo sistémico por sospecha de brote de actividad de su enfermedad evidenciándose excelente respuesta en un plazo de 2 días lo que confirma el diagnóstico.

Conclusiones: El Síndrome de Sweet es una enfermedad inflamatoria poco frecuente. Puede ser de causa idiopática, estar asociado a neoplasias o al consumo de ciertos fármacos. Un tercio de los pacientes presentan manifestaciones oculares, que en la mayoría de los casos ocurren a nivel de segmento anterior pero que también pueden afectar el polo posterior y el nervio óptico. El diagnóstico está basado en los hallazgos típicos en piel con confirmación histopatológica de los infiltrados cutáneos neutrofílicos. Los brotes de la enfermedad responden muy

bien al tratamiento con corticoides. Por lo que se debe tener en cuenta para un diagnóstico precoz y tratamiento eficaz.

E-mail autor: sasha.finianos@gmail.com

CP14 Mucormicosis rinoorbitaria: la importancia de un abordaje multidisciplinar agresivo

Dra. Elena del Fresno Valencia, Dr. Álvaro Bengoa González, Dra. Ana Ichaso Ortueta Olartecoechea, Dra. Bianca Laslau

Objetivos: Demostrar la importancia del abordaje multidisciplinar y del control y tratamiento local en la mucormicosis rinoorbitaria.

Caso clínico: Mujer de 56 años inmunosuprimida por un trasplante renal, acude a urgencias por cefalea hemicraneal derecha, asociada a lagrimeo y enrojecimiento del ojo derecho (OD). Ingresa para estudio, realizándose TC y RMN craneal que muestran la presencia de una pansinusitis derecha. Durante el ingreso, sufre una pérdida de visión brusca en OD, objetivándose una amaurosis secundaria a una obstrucción arterial. La nasofibroscoopia evidencia material necrótico en los cornetes nasales. Ante la sospecha de invasión fúngica, entre el servicio de Nefrología, Infecciosas y Oftalmología se decide iniciar tratamiento sistémico, ajustar el tratamiento inmunosupresor y realizar desbridamiento quirúrgico (exenteración orbitaria completa, incluyéndose los párpados, con orbitotomía medial e inferior, asociada a un desbridamiento de senos ipsilaterales afectados). Se mantuvo la herida abierta para tratamiento local con irrigaciones de Anfotericina B 2mg/ml y control de posibles recidivas. Tras un mes de seguimiento, se procedió a la reconstrucción quirúrgica implantándose 2 mallas de titanio en suelo y pared medial de la órbita, y realizándose un colgajo de músculo temporal y uno de piel pediculado en isla para cubrir la totalidad del defecto.

Discusión: La mucormicosis rinoorbitaria es una patología rara con un pronóstico severo. Su naturaleza angioinvasiva produce isquemia y necrosis de los tejidos afectados, limitando la efectividad del tratamiento sistémico y requiriéndose el desbridamiento quirúrgico. La asociación de terapia antifúngica local, como en este caso, y el control de posibles recidivas en el lecho quirúrgico suponen una mejoría en el manejo terapéutico. El tipo de reconstrucción realizada permitió una rápida recuperación.

Conclusión: El diagnóstico y tratamiento precoces son fundamentales en esta patología, así como su manejo multidisciplinar.

Nivel IV Grado B

E-mail autor: elenadfvalencia@gmail.com

CP15 Coeficiente de difusión aparente en 3-tesla resonancia magnética-dw para diferenciar las lesiones difusas orbitarias

Dra. Alicia Galindo Ferreiro, M.^a Victoria Marqués Fernández, Dra. Silvana Schellini, Dr. Rajiv Khandekar

Objetivo: Demostrar la importancia de Diffusion-Weighted Magnetic Resonance Imaging (DW-MRI) para mejorar el diagnóstico de las masas difusas orbitarias.

Métodos: DW-MRI se usó para evaluar de las masas difusas orbitarias en un hospital terciario entre 2000 y 2015. Los pacientes fueron clasificados en base a su diagnóstico histológico como lesiones benignas, pre-malignas and malignas lesiones. Las lesiones Linfoproliferativas fueron además clasificadas como linfoma y otras lesiones linfoproliferativas. El valor del test de Validez de apparent diffusion coefficient (ADC) de las masas difusas orbitarias fue comparado entre los subgrupos. Se calculó el Area bajo la curva (AUC).

Resultados: De los 39 casos de las masas difusas orbitarias vistos el periodo, 15 lesiones malignas tuvieron ADC mediana de 0.58 [(25% quartile 0.48; minimum: 0.45; maximum: 1.72×10^{-3})] y las 22 lesiones benignas ADC mediana de 1.19 [(25% quartile 0.7; minimum: 0.5; maximum: 1.95×10^{-3} mm² s⁻¹)]. La diferencia en el valor ADC entre benignas y malignas fue estadísticamente significativa (Mann Whitney U test $p < 0.001$). Los linfomas tuvieron una mediana ADC de 0.51 (25% quartile 0.48) y las otras lesiones linfoproliferativas tuvieron una mediana ADC 0.9 (25% quartile 0.7). La diferencia en el valor ADC entre linfoma y otras lesiones linfoproliferativas fue estadísticamente significativa (Mann Whitney $P=0.02$).

El valor de ADC 0.8×10^{-3} mm² s⁻¹ se determine como valor de corte para diferenciar lesiones malignas de benignas. La validez del ADC para predecir el tipo de masa difusa orbitaria tuvo una sensibilidad de 87% y especificidad del 67%.

Conclusión: el valor de ADC en DW- MRI parece ser algo prometedor en el estudio de imagen para la caracterización de lesiones malignas y benignas difusas de la órbita.

E-mail autor:ali_galindo@yahoo.es

CP16 Fístula carótido-cavernosa indirecta, bilateral y espontánea con manifestación ocular bilateral. A propósito de un caso

Dra. Úrsula Dasentí García García, Dra. Lourdes Palazón Ortiz, Dr. Francisco Medina Rivero, Dr. Joaquín Rutllán Civit

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente que acudió en varias ocasiones con clínica inespecífica de edema palpebral e hiperemia conjuntival fluctuantes, visión borrosa y dolor periocular. Durante el seguimiento se produjo un empeoramiento del cuadro, apareciendo quemosis, ingurgitación de vasos episclerales

y proptosis bilateral. Se realizó tomografía computerizada (TC) de órbitas y arteriografía supraselectiva intracraneal, evidenciándose una fístula bilateral entre las ramas de las arterias carótidas externas de ambos lados y el seno cavernoso. Se realizó una embolización parcial de la fístula, que junto con compresiones carotídeas consiguieron mejorar el cuadro clínico.

Discusión: Las fístulas carótido-cavernosas (FCC) son lesiones poco frecuentes, que se presentan habitualmente de manera unilateral con manifestaciones oculares ipsilaterales. La primera prueba de imagen que se realiza la mayoría de las veces ante la sospecha de FCC es la tomografía computerizada, que puede mostrar la dilatación de la vena oftálmica superior, el engrosamiento de la musculatura extraocular, el exoftalmos y el ensanchamiento del seno cavernoso. Junto a la TC también se incluyen imágenes diagnósticas de resonancia magnética (RM), angio-TC y angio-RM, pero todos los autores coinciden en que ninguna puede sustituir a la angiografía a la hora de confirmar el diagnóstico, la clasificación y su manejo terapéutico.

En cuanto al tratamiento de las FCC indirectas existen diferentes opciones terapéuticas, desde únicamente observación, compresión arterial carotídea intermitente, embolización endovascular ya sea arterial o venosa y el abordaje quirúrgico si no es posible el percutáneo.

Conclusión: La manifestación bilateral, junto con los antecedentes de la paciente provocó un retraso en el diagnóstico y tratamiento de la fístula, que finalmente se resolvió con tratamiento endovascular y compresiones carotídeas.

Nivel de evidencia IV

E-mail autor: ursulagarcia89@gmail.com

CP17 Escleritis posterior idiopática

Dra. María Gessa Sorroche, Dra. Concepción Díaz Ruiz, Dr. Antonio Garrido Hermosilla, Dra. Ainhoa Roselló Ferrer, Dr. Pedro Molina Solana

Caso clínico: Varón de 46 años, sin alergias conocidas, ex fumador de 10 cigarros/día y con hipertensión arterial y dislipemia. Acude a nuestro centro por reducción de visión en ojo izquierdo (OI) y ptosis de párpado superior de 2 años de evolución.

A la exploración presenta en OI: AV=0.5, biomicroscopía y presión intraocular normales, ptosis de párpado superior de 4 mm, ausencia de proptosis y fondo de ojo con desprendimiento de retina (DR) exudativo. En ecografía se ven nódulos hipoecogénicos retrobulbares alrededor del nervio óptico con DR exudativo.

TAC orbitario informa de posible pseudotumor inflamatorio orbitario izquierdo. La OCT macular y la retinografía computerizada de 7 campos muestran pliegues retinocoroideos en OI.

La angiografía no muestra patrón coroideo moteado en fases tempranas ni puntos de fuga en fases tardías.

En RMN orbitaria se muestra engrosamiento del anillo escleral (signo de Bernardino).

Se realiza biopsia que es informada como infiltrado linfoide inespecífico, no concluyente de linfoma orbitario.

Ante estos hallazgos, y dada la negatividad de los marcadores reumatológicos y serológicos, se establece el diagnóstico de escleritis posterior idiopática.

Se inicia tratamiento oral con AINES y corticoides, pero al no existir respuesta favorable, se decide Ciclosporina oral 125 mg c/12 horas.

La AV mejora a 0,7, pero persisten pliegues coroideos. Se mantiene el tratamiento 6 meses.

2 años después se mantiene estable.

Discusión: Ante un DR exudativo siempre debe realizarse un diagnóstico diferencial con otras causas (melanoma de coroides, síndrome de efusión uveal, hemangioma, metástasis coroideas) así como con lesiones orbitarias. El pronóstico se ensombrece en caso de edema macular crónico, mayor extensión o recurrencia del DR exudativo y aparición de cicatrices retinocoroideas.

Conclusiones: La escleritis posterior idiopática es una entidad de difícil diagnóstico, que debe ser valorada siempre ante los signos descritos.

E-mail autor: mariagessa@hotmail.com

CP18 Estudio retrospectivo de exenteración orbitaria en los últimos 5 años

Dra. María Gessa Sorroche, Dra. Concepción Díaz Ruiz, Dr. Antonio Manuel Garrido Hermosilla, Dr. Rubén Alberto Ángeles Figueroa, Dr. Francisco Mayorga Jiménez, Dr. Ángel Rollón Mayordomo

Objetivos: Presentamos el estudio retrospectivo de la Unidad de Oncología Ocular en el caso de las exenteraciones de órbita desde el año 2011. Se han realizado 6 en total.

Material y métodos: Revisión de todos los casos clínicos, diagnóstico, técnica quirúrgica, anatomía patológica y evolución clínica de los pacientes.

Discusión: la exenteración orbitaria es la mutilación más radical en Oftalmología, destinada a intentar mejorar la supervivencia del paciente, en el que no es posible otro tratamiento más conservador. Se deben revisar muy bien las indicaciones y valorar la reconstrucción posterior o el uso de epítisis, para el bienestar psicológico del paciente.

Conclusiones: Hay que conocer bien la indicación de exenteración orbitaria y las posibilidades reconstructivas posteriores. Es una técnica quirúrgica que toda uni-

dad de oncología ocular debe aplicar y es necesaria la colaboración multidisciplinaria con el servicio de Maxilofacial, que va a facilitar el manejo clínico y quirúrgico.

E-mail autor: mariagessa@hotmail.com

CP19 Anoftalmía congénita bilateral con quistes intraorbitarios de crecimiento progresivo

Dra. María Gessa Sorroche, Dra. Concepción Díaz Ruiz, Dr. Antonio Garrido Hermosilla, Dra. Ana Alcántara Santillana

Objetivos: Presentamos el caso clínico de una recién nacida de anoftalmía bilateral congénita, que desarrolla quistes intraorbitarios con crecimiento progresivo. Describimos técnica quirúrgica y evolución.

Caso clínico: Recién nacida, sin antecedentes familiares, que se diagnostica de anoftalmía congénita bilateral (no había sido detectado en ecografías prenatales). Se realiza RMN de órbitas donde se confirma la existencia de pequeño muñón ocular en órbitas. Se deriva para colocación de prótesis orbitaria para desarrollo de fondos de saco y estímulo para crecimiento óseo. Al 8.º mes de vida aparecen de forma espontánea hematomas subtarsales inferiores que desplazan fondos de saco inferiores cranealmente. Se descarta enfermedad hematológica. RMN objetiva quistes con restos hemáticos que ocupan toda la cavidad orbitaria y que provocan crecimiento mayor de la órbita de lo esperado para su edad. Se decide cirugía para extirpación de los quistes. En la cirugía se encuentra atrofia grasa casi completa, con quistes gigantes uveales y vítreo primario presente. No se puede dejar prótesis orbitaria porque no hay soporte grasa para la misma y chocaría con el periostio. Se deja conformador palpebral. Anatomía Patológica informa de quiste de úvea y restos embrionarios oculares.

Discusión: La anoftalmía congénita bilateral es una rara entidad y puede estar asociada a la aparición de quistes embrionarios. Aunque los quistes suponen el mejor conformador orbitario para desarrollo óseo, dado el volumen que estéticamente era inaceptable por imposibilidad de colocación de conformador palpebral, se decide extirpar. Hacemos RMN seriadas para valorar desarrollo de la poca grasa que había intraorbitaria y valorar la necesidad de injerto dermograso u otro relleno. La paciente tiene sólo 14 meses y 7 Kg.

Conclusiones: Es difícil el abordaje de esta patología y lo importante es el estímulo óseo orbitario para un desarrollo facial normal. La ausencia de grasa orbitaria es inquietante.

E-mail autor: mariagessa@hotmail.com

CP20 Carcinoma adenoide quístico de seno maxilar con invasión orbitaria

Dra. María Gessa Sorroche, Dra. Concepción Díaz Ruiz, Dra. Aguasantas Sánchez Rull, Dra. Perla Sybella Muñoz Schiattino, Dr. Antonio Garrido Hermosilla

Objetivos: Presentamos el caso clínico de carcinoma de seno maxilar con invasión orbitaria bilateral y aparición de queratitis neurotrófica simuladora de tumor corneal.

Caso clínico: Mujer de 39 años diagnosticada de carcinoma adenoide quístico de seno maxilar con invasión de todo el macizo facial, afectando ambas órbitas. En cuidados paliativos por ser terminal. Derivada por lesión excreciente corneal de ojo izquierdo (OI) que le provoca disminución de visión en ojo único funcional. A la exploración presenta: proptosis bilateral (Hertel: 28 mm), agudeza visual: ojo derecho (OD): no percepción de luz, OI: movimiento de manos. Presión intraocular de 10 mm. Biomicroscopía: OD con pupila en midriasis arreactiva (neuropatía compresiva tumoral) y en OI se observa lesión en hemicórnea inferior gelatinosa que contacta con limbo a las VI. Motilidad extrínseca nula por invasión tumoral de toda la órbita (bilateral) e imposibilidad de cierre completo palpebral en OI. Ante la sospecha de tumoración y la afectación de eje visual, se decide extirpación con trasplante de membrana amniótica. Anatomía Patológica informa de tejido de inflamación con ausencia de neoplasia. En el postoperatorio desarrolla descemetocele y perforación. Se realiza queratoplastia penetrante y tratamiento lubricante intensivo, con suero autólogo 20%. Se consigue AV:0,1. A los 7 meses desarrolla sepsis por pseudomona con queratitis necrotizante. Se controla cuadro ocular y sistémico. 1 mes más tarde fallece por metástasis cerebrales.

Discusión: La invasión orbitaria del tumor provoca neuropatía compresiva en OD y queratitis neurotrófica en OI que simula tumor corneal. El lagofthalmos por imposibilidad de cierre se controla con lubricación intensiva y suero autólogo, a pesar de un trasplante en ojo con neurotrofia.

Conclusiones: Caso dramático que reúne a la Oculoplastia y la superficie ocular. Se consigue éxito funcional tras perforación, dando la mayor calidad de vida posible en estado terminal

E-mail autor: mariagessa@hotmail.com

CP21 Celulitis orbitaria fistulizada tras reparación de fractura compleja de órbita y senos. Abordaje orbitario y CENS

Dr. Francisco Javier González García, Dr. Diego Losada Bayo, Dra. Elisa Pérez Ramos, Dr. Iván Méndez-Benegassi Silva

Presentación del caso: Se presenta el caso de un paciente de 58 años con el antecedente de un traumatismo craneoencefálico consecuencia de un accidente

de tráfico en 1990 (hace 25 años) y con resultado de fractura orbitaria compleja reparada en su momento con una malla de silicona. Acude a nuestro centro por episodios de repetición de celulitis preseptal/orbitaria con mala respuesta a antibioterapia sistémica. Las pruebas de imagen muestran hallazgos compatibles con abscesificación intraorbitaria con extensión al párpado, así como soluciones de continuidad ósea de 5mm en el techo de la órbita que comunica con seno frontal, de 10 mm en la lámina papiracea en comunicación con las celdillas etmoidales anteriores, y estas a su vez con la fosa craneal anterior.

Indicación y técnica quirúrgica: Cinco meses después de la aparición de los primeros síntomas se presenta fistulización cutánea con salida de material purulento a piel palpebral superior, por lo que se decide conjuntamente con servicio de otorrinolaringología intervención quirúrgica a través de un doble abordaje:

Abordaje orbitario: A través de surco palpebral medial ampliado; localización inmediata del trayecto fistuloso, desbridamiento del mismo y extracción de material extraño (malla de silicona).

Abordaje endoscópico transnasal (CENS): Apertura y ventilación de los senos y comunicación de la lesión en proceso de abscesificación con la fosa nasal para evitar el acúmulo de material inflamatorio/infeccioso en la órbita.

Siete meses tras la cirugía no se objetiva recidiva de los episodios de celulitis ni de la fistula cutánea.

Nivel de evidencia científica IV fuerza de recomendación C (Caso clínico).

E-mail autor: fgonzalez2212@gmail.com

CP22 Afectación orbitaria por Linfoma No Hodgkin de células T Natural Killer extranodal de tipo nasal

Dra. Beatriz González Rodríguez, Dra. Rocío Carmen Traspas Tejero, Dra. Isabel Fesser Oroz

Objetivos: El linfoma no Hodgkin de células T/NK de tipo nasal es infrecuente en Europa, se asocia con VEB. Es extraganglionar, afecta más a varones, a fosas nasales y senos maxilares. Las adenopatías y afectación de médula ósea son excepcionales.

Caso: Mujer de 72 años con OI rojo, diagnosticada de conjuntivitis aguda. A los 15 días vuelve por mala evolución: quemosis, proptosis, diplopía y dolor. Se solicita TC informado como cambios inflamatorios vs infecciosos en órbita izquierda, tratado con antibióticos y corticoides sistémicos con mejoría parcial. La biopsia de glándula lagrimal izquierda no evidencia proceso linfoproliferativo. Persiste clínica, solicitándose nueva TC órbita informada como pseudotumor con aumento de la extensión respecto a TC previo. Se biopsia región orbitaria inferior izquierda resultando linfoma de células T/NK extranodal, tipo nasal. Solicitado TC abdomi-

no-pélvico sin afectación a otro nivel. Inicia tratamiento GELOX seguido de radioterapia. La biopsia de médula ósea informa infiltración por el linfoma y EBV+. Biopsia de cornete nasal negativa. Serologías VEB positivo. El PET-TC no muestra afectación a distancia. Tras recibir un ciclo GELOX, y tras objetivar infiltración de médula ósea se plantea tratamiento SMILE más radioterapia.

Discusión: La afectación de la órbita por linfomas extranodales de células T/NK de tipo nasal es excepcional, así como la afectación de la médula ósea. Su curso clínico es agresivo, con escasa respuesta al tratamiento, falleciendo los pacientes por complicaciones del tratamiento. Este se basa en la poliquimioterapia, aunque en estadios localizados se trata con quimiorradioterapia. A pesar de ello, las recidivas son frecuentes.

Conclusiones: El linfoma T/NK extranodal de tipo nasal es raro en el área orbitaria, de curso agresivo, que requiere tratamiento multidisciplinar para su abordaje. Nivel IV

E-mail autor: GLEZRBEATRIZ@GMAIL.COM

CP23 Diagnóstico de tumor neuroendocrino tras aparición de metástasis orbitaria

Dra. Alicia Gracia García, Dra. Paula Palomares Fort, Dra. Laura Hernández Bel, Dr. Enrique Cervera Taulet

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 76 años con diplopia vertical binocular de instauración lenta y progresiva. A la exploración oftalmológica presenta una MAVC en OD/OI: 0.7/0.9 en escala decimal y era pseudofáquica (LIO monofocal). En el estudio de la motilidad ocular existía una limitación a la infraversión en el OD, con hipertropia OD/OI. La exoftalmometría era de 19/16 mm respectivamente. Se realiza una resonancia orbitaria donde aparece un engrosamiento fusiforme adyacente al recto superior del OD con realce tras la administración de gadolinio, marcadamente hiperintensa en secuencia en difusión. Se diagnostica de lesión sugestiva de metástasis orbitaria. Se remite al servicio de oncología pues la paciente presenta además un cuadro de náuseas, vómitos y pérdida de peso en los últimos 6 meses. En el estudio de extensión con TAC total body, aparecen múltiples metástasis pulmonares, hepáticas, pleurales, suprarrenal izquierda y una masa mesentérica. La punción aspiración con aguja fina de la masa mesentérica, revela una inmunohistoquímica positiva para tumor neuroendocrino (TNE) y se estadía como TNE E-IV. Se realiza una gammagrafía para receptores de somatostatina (Octreoscan) apareciendo un foco hipercaptante en la órbita derecha además de las otras localizaciones en las imágenes de cuerpo completo. Actualmente está en tratamiento con lanreotida 120 mg vía subcutánea cada 4 semanas. Se mantiene estable de la lesión orbitaria y en seguimiento clínico.

Conclusiones: Los TNE presentan baja prevalencia, son de crecimiento lento y bajo grado, y proceden de las células enterocromafines neuroendocrinas del tracto gastrointestinal o broncopulmonar. Las metástasis orbitarias de TNE son extremadamente infrecuentes y sólo existen algunas series cortas en la bibliografía. Las mejoras en la supervivencia y en los avances en los test de diagnóstico determinan un mejor conocimiento de estas lesiones.

E-mail autor: agragar@gmail.com

CP24 Severa Oftalmopatía de Graves (OG) tratada con tozilizumab.

A propósito de dos casos

Dra. Olaia Guergué Díaz de Cerio, Dra. Verónica Rodríguez Méndez, Dra. Estibaliz Ispizua Mendivil, Dr. Pablo Rivera Pérez de Rada, Dr. Iñaki Torre Salaberri

Caso I: Varón de 47 años, importante fumador e hipertiroidismo tratado con anti-tiroideos y posterior iodo radiactivo por mal control. Tras un año de OG leve con exoftalmos bilateral e índice de actividad CAS 1/7, acude a urgencias por empeoramiento del exoftalmos bilateral, gran quemosis conjuntival que ocasiona queratitis por cierre ocular incompleto y diplopia (CAS de 7/7 e índice de gravedad EUGOGO de 3, sin afectación de agudeza visual o neuropatía). El cuadro no responde a 8 megadosis de glucocorticoides i.v y el componente conjuntival inflamatorio empeora, por lo que se realiza biopsia conjuntival que descarta proceso tumoral. Se inicia tratamiento con Tocilizumab (8mg/kg/mes) y tras 7 ciclos se consigue disminución del exoftalmos, del grosor muscular mejorando los índices CAS y EUGOGO y manteniéndose estable clínica y hormonalmente pese a su hábito tabáquico.

Caso II: Mujer hipertiroides en tratamiento y fumadora habitual que presenta orbitopatía bilateral con marcado exoftalmos, diplopia y retracción de los 4 párpados (CAS 5/7 e índice de gravedad EUGOGO 2 de un mes de evolución). No responde a bolos corticoides i.v; por lo que se inicia tratamiento con Tocilizumab (7 ciclos) presentando mejoría hormonal y clínica sin criterios de actividad ni de gravedad.

Discusión: La OG es la manifestación extratiroidea más frecuente de la Enfermedad de Graves, donde la diana son los fibroblastos orbitarios (FO) ya que presentan antígenos compartidos con el tiroides. Diferentes publicaciones avalan el importante papel de la IL-6 en la cascada inflamatoria. El principal factor de riesgo para la aparición y progresión de la OG es el tabaco.

Conclusión: Es necesario un tratamiento precoz en fase activa y ante la falta de respuesta a los corticoides sistémicos; la terapia anti IL-6 (Tocilizumab) ha demostrado presentar buena respuesta clínica.

Nivel de evidencia IIA.

E-mail autor: olaia_g_d@hotmail.com

CP25 Fístula carótido cavernosa dural: complicaciones diagnósticas

Dra. Elena Guzmán Almagro, Dr. Ignacio Tapias Elías, Dra. Ana M.ª Angulo Granadilla, Dr. Claudio Rodríguez Fernández

Caso clínico: Varón de 70 años con antecedentes de obstrucción de rama venosa de ojo izquierdo, consulta por enrojecimiento y secreción de varios días de evolución con una agudeza visual de 0.7 diagnosticándose de conjuntivitis vírica.

La evolución cursa con pérdida de visión, proptosis, quemosis y dilatación de vasos episclerales con sospecha fístula carótido-cavernosa.

Se realiza TAC craneal y angioresonancia que muestran un área de edema vasogénico en lóbulo temporal izquierdo sin lesión asociada, engrosamiento difuso de musculatura extraocular, no evidenciándose ingurgitación de vena oftálmica superior ni otros signos de fístula carotídea. Ante la afectación sincrónica de órbita, seno cavernoso y lóbulo temporal ipsilateral se plantea como diagnóstico diferencial la orbitopatía de Graves, sarcoidosis, granulomatosis de Wegener y pseudotumor inflamatorio.

Se produce un empeoramiento clínico llegando a agudeza visual de movimiento de manos siendo muy sugerente el diagnóstico de fístula por lo que se realiza angiografía cerebral en la cual se evidencia fístula carótido-cavernosa tipo D de Barrow. Se realiza cateterismo venoso embolizando el seno cavernoso mediante coils y onyx consiguiendo el cierre completo de la misma. El paciente recupera agudeza visual de 0,8, desapareciendo la quemosis y la proptosis.

Discusión: La vena oftálmica superior estaba parcialmente trombosada así como el seno petroso inferior por lo que drenaba al seno esfenoparietal con reflujo venoso a la vena cerebral media superficial.

Ante la progresión del cuadro y hallazgos clínicos compatibles con fístula, a pesar de resultado de pruebas de imagen realizadas, se solicita angiografía.

Conclusiones: La arteriografía es el único método de diagnóstico definitivo de fístula carótido cavernosa.

En casos de clínica sugerente sin hallazgos en la angioresonancia es obligada la realización de angiografía.

E-mail autor: elenaguzmanal@gmail.com

CP26 Linfomas orbitarios simulando síndrome de Tolosa-Hunt

Dra. María Knight, Dr. José Manuel Abalo Lojo, Dr. Francisco González, Dr. Noel Alejandro González Ortega

Objetivo: Describir dos casos clínicos con clínica fundamentalmente oftalmológica, diagnosticados como primera instancia como síndrome de Tolosa-Hunt, con sospecha de masa de origen inflamatoria.

Método: Estudio retrospectivo de dos casos clínicos diagnosticados en nuestro servicio inicialmente como síndrome de Tolosa-Hunt.

Resultado: En ambos pacientes el cuadro clínico inicial era puramente oftalmológico, que se caracterizó fundamentalmente por afectación oculomotora. Un estudio más detallado mostró un linfoma intestinal en un caso y gástrico en el otro. El diagnóstico definitivo resultó ser un Linfoma No Hodgkin con presentación orbitaria y afectación sistémica en ambos casos.

Conclusiones: El linfoma orbitario pese a ser una patología poco frecuente, representa el 1% de los LNH. Es la neoplasia orbitaria más frecuente en el adulto mayor de 60 años. Los síndromes linfoproliferativos pueden causar un cuadro clínico que simula un síndrome de Tolosa-Hunt. La primera, y a veces única, manifestación de un linfoma puede ser oftalmológica. Estos casos resaltan la importancia del linfoma orbitario como parte del amplio abanico de diagnósticos diferenciales de la patología orbitaria.

CP27 Drenaje de enfisema subconjuntival y orbitario: Una actuación justificada

Dra. Sandra Macías Franco, Dr. Carlos Rodríguez Balsera, Dra. Laura Rúa González, Dra. Laura Fernández Díaz

Introducción: La presencia de aire subconjuntival o enfisema orienta hacia una fractura orbitaria con participación de los senos paranasales. Se exacerba con maniobras que aumenten la presión intranasal. La extracción del aire no suele ser necesaria, reabsorbiéndose cuando el suministro es eliminado.

Caso clínico: Se presenta un varón de 42 años, con antecedentes de traumatismo orbitario de 24 horas de evolución. Acudió al servicio de urgencias por "aumento del globo ocular" y dolor. A la exploración se objetivó un enfisema conjuntival muy llamativo y crepitación en sector nasal del párpado inferior izquierdo. La agudeza visual fue de 0,7 y la PIO de 53 mmHg. La oftalmoscopia reveló una papila de bordes definidos y normocoloreada. La tomografía axial computerizada mostró la presencia de aire intraorbitario, subconjuntival y preseptal junto con fractura de la lámina papirácea. Se administró acetazolamida e hipotensores tópicos así como cámara húmeda por el déficit de cierre ocular. Ante la no disminución de la PIO y el empeoramiento del estado corneal, con la aparición de una úlcera por exposición pese a las medidas tomadas, se procedió al drenaje del aire subconjuntival con aguja de 25 gauge. A los pocos minutos la PIO había disminuido a 21 mmHg y el ojo permitía el cierre palpebral. Se pautaron hipotensores tópicos, oclusión y antibioticoterapia sistémica. A la semana vimos una disminución considerable en las pruebas de imagen del aire intraorbitario y la ausencia de enfisema subconjuntival en la exploración.

Conclusión: El enfisema es una complicación infrecuente que se da en traumatismo orbitarios, tras cirugías o incluso se han descrito casos espontáneos. Se presenta como un cuadro autolimitado aunque no exento de complicaciones como en este caso, dónde su comportamiento compresivo, obligó a la actuación de manera urgente. El drenaje con aguja y aspiración es una técnica relativamente sencilla que puede ayudarnos de manera rápida a la resolución del mismo.

E-mail autor: sandramacfran@gmail.com

CP28 ¿Enfermedad inflamatoria orbitaria idiopática o linfoma orbitario?

Dra. Carolina Mateos Vicente, Dra. Noelia Fernández Mora, Dr. Alfonso Arias

Caso clínico: Varón de 87 años, refiere pérdida de agudeza visual (AV) por ojo izquierdo (OI) desde hace un año y proptosis llamativa desde hace 4 meses. Como antecedentes personales destaca una diabetes mellitus con regular control, HTA, dislipemia y portador de marcapasos.

A la exploración oftalmológica presenta: AV corregida: OD: 0.3; OI: cuenta dedos. MOE: limitación en todas las ducciones en OI. BMC: quemosis hemorrágica 360° y proptosis, córnea sin defectos epiteliales. Fondo de ojo: papilas normales y retinopatía diabética no proliferativa leve-moderada.

Se pide un TAC y los hallazgos radiológicos sugieren como opción diagnóstica más probable el pseudotumor orbitario. Se remite a Medicina Interna para estudio, iniciándose después tratamiento con glucocorticoides a dosis de 60 mg al día, con mejoría espectacular. No se pueden retirar por completo los corticoides y se mantiene con dosis de 10 mg de prednisona estable durante un año y medio. Se propone realizar una biopsia orbitaria pero la familia y el paciente lo rechazan. 20 meses después el paciente es diagnosticado de proceso linfoproliferativo al biopsiar una adenopatía supraclavicular de reciente aparición y es derivado a otro centro para control por Hematología, rechazando de nuevo la biopsia orbitaria.

Discusión: La enfermedad inflamatoria orbitaria idiopática es un dilema diagnóstico, ya que puede simular varias enfermedades y el comportamiento es inespecífico. Según algunos autores el estudio de imagen (TAC) y la correlación clínica puede ser suficiente para realizar el diagnóstico, obviando así el estudio patológico, excepto cuando hay mayor sospecha: bilateralidad, falta de respuesta a corticoides, etc. Hay que tener en cuenta que otros procesos, incluyendo tumores malignos entre ellos, pueden responder favorablemente de forma temporal a los corticoides.

Conclusión: La biopsia orbitaria es fundamental y necesaria para el diagnóstico exacto en estos casos.

Nivel Evidencia: 3DJ.

E-mail autor: carolmateos82@yahoo.es

CP29 Carcinoma de seno frontal: un desafío diagnóstico y terapéutico

Dra. Clara Monferrer Adsuara, Dra. Alicia Gracia García, Dr. Luis Olcina Portilla, Dr. Enrique Cervera Taulet

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 80 años que acude por tumoración de crecimiento lento en OD. A la exploración se aprecia una masa supraorbitaria sólida y adherida, polilobulada, violácea y ulcerada. La MAVC era de percepción de luz con restricción de todos los movimientos oculares generando un "ojo congelado". El párpado superior estaba indurado lo cual imposibilitaba su apertura. Existía también una excrescencia conjuntival nasal gomosa que dificultaba la exploración del segmento anterior y fondo de ojo.

Las pruebas de imagen con RM confirman la existencia de una gran masa sólida que desde seno frontal se extiende erosionando techo orbitario, hueso propio y lacrimal derechos; invade órbita, infiltra musculo recto superior y medial, grasa orbitaria y engloba nervio óptico. La biopsia revela un inmunofenotipo que plantea el diagnóstico diferencial entre carcinoma escamoso o sebáceo pobremente diferenciado. El paciente rechaza la cirugía por lo que, tras presentarse en el comité oncológico, se decide tratamiento paliativo asociando quimioterapia y radioterapia.

Discusión y conclusiones: Los tumores malignos de senos paranasales son raros, siendo el seno frontal el origen más infrecuente. Por su localización, suelen detectarse en estadios avanzados y con frecuencia infiltrando órbita. La resección quirúrgica y radioterapia son tratamientos de elección pero la infiltración más allá del periostio orbitario requiere de exenteración orbitaria. Este procedimiento necesita una minuciosa evaluación por las importantes implicaciones funcionales y estéticas. La baja frecuencia de estos tumores implica la existencia de poca evidencia que la compare con técnicas menos radicales.

Por lo tanto, siguen siendo una enfermedad desafiante que por su alta morbimortalidad requiere futuros avances que incluyan detección temprana, identificación de marcadores tumorales e innovaciones quirúrgicas para minimizar la morbilidad.

CP30 Metástasis orbitarias: serie de 11 casos

Dr. Rafael Montejano Milner, Dr. Alejandro López Gaona, Dr. José Vicente Dabad Moreno, Dra. Margarita Sánchez Orgaz

Objetivo: Describir las características clínicas de una serie de 11 metástasis orbitarias en 10 pacientes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de una serie de 10 pacientes diagnosticados de metástasis orbitarias en dos centros durante un periodo de 8 años. Se

incluyeron en el estudio las metástasis que afectasen a la cavidad orbitaria y se excluyeron los linfomas y las invasiones por contigüidad. Se registraron la historia previa de neoplasia conocida, hallazgos clínicos, estructuras orbitarias afectadas, estirpe del tumor primario, presencia de metástasis extraorbitarias, tratamiento del tumor primario y de las metástasis. También se especificó si los síntomas oculares fueron la primera manifestación del tumor primario.

Discusión: El tumor primario más frecuente en esta serie fue el carcinoma de mama, presente en 4 pacientes (36% de los casos); las otras metástasis correspondieron a masas en vejiga (27%), pulmón (18%), ovario y cavum (9% respectivamente). La edad media al diagnóstico fue de 61,9 años (42-82). Los síntomas de presentación más frecuentes fueron diplopía (64%), disminución visual (45%) y dolor (36%). El signo más frecuente fue la resistencia a la retropulsión ocular (55%), seguido por la presencia de una masa a la palpación orbitaria y la distopia ocular (45% respectivamente), hiperemia bulbar y proptosis del globo (36% cada uno). La mayoría de los casos de metástasis correspondieron a pacientes con historia previa de enfermedad neoplásica (73%), y sólo en 3 pacientes (27%) la metástasis orbitaria fue la primera manifestación del tumor primario.

Conclusiones: Las metástasis orbitarias constituyen una entidad infrecuente. Aproximadamente en el 25% de los casos (27% en nuestra serie) suponen la primera manifestación de la enfermedad neoplásica; por ello, el oftalmólogo tiene un papel fundamental a la hora de sospecharlas, establecer el diagnóstico y proponer el tratamiento más adecuado en colaboración con otros especialistas.

E-mail autor: rafaelmontejano@gmail.com

CP31 Fístula arterio-venosa orbitaria: un reto diagnóstico

Dr. Marcos Mozo Cuadrado, Dra. Laura Tabuenca del Barrio, Dr. Arnaldo Belzunce Manterola, Dra. Alicia Zubicoa Enériz

Caso clínico: Paciente de 68 años de edad que acude a Urgencias refiriendo ojo rojo izquierdo y sensación de proptosis de unas dos semanas de evolución. Como antecedentes oftalmológicos consta una exéresis de chalazion en OI en 2008 y ambliopía del OI.

En la exploración presenta una AV 0,9 ce OD/0,4 OI. Macroscópicamente se detecta una proptosis axial del OI sin restricción de MOE y en BMC se identifica quemosis conjuntival e ingurgitación venosa en cabeza de medusa inferior en OI. La PIO fue de 14/20 (pulsátil) y el FO sólo mostraba una leve palidez papilar en OI.

Ante los hallazgos exploratorios se solicita TAC de órbitas donde se identifica una masa conal de unos 14 mm. La OCT macular no muestra alteraciones. En sucesivas consultas se pauta tratamiento con b-bloqueantes tópicos, dexametasona oral y se amplian estudios diagnósticos incluyendo RMN orbitaria y Angio TC en los

se sospecha el origen vascular de la lesión. Finalmente la arteriografía carotídea establece la existencia de una fístula arterio-venosa con aporte arterial de ramas de la a. maxilar interna y de la a. oftálmica con comunicación con la v. oftálmica superior. El paciente actualmente está pendiente de embolización de la lesión mediante Radiología Intervencionista.

Discusión: Las fístulas arterio-venosas del sistema carótido cavernoso están formadas por uniones aberrantes entre ambas partes del sistema. Se trata de una patología poco frecuente lo cual dificulta el diagnóstico. El diagnóstico diferencial se nos plantea fundamentalmente con patología traumática de órbita, vascular (aneurismas cerebrales, trombosis de seno cavernoso, disección carotídea...), neoplásica (adenomas, meningiomas, craneofaringiomas, tumores nasofaríngeos, metástasis, linfomas...), infecciosa o inflamatoria además de otras cuadros con afectación orbitaria como sarcoidosis, granulomatosis con poliangeítis, granuloma eosinófilo o el síndrome de Tolosa- Hunt entre otros.

CP32 Tumores orbitarios: la importancia del diagnóstico diferencial

*Dra. Juliana Ocampo Candamil, Dra. Diana Paola Pinilla Fuentes,
Dra. M.ª Rosa Bonilla Quijada*

Objetivos: Presentamos 3 casos de ocupación orbitaria con proptosis e hipoglobo: un absceso orbitario y cerebral por pansinusitis, un linfoma tipo T multifocal con invasión orbitaria, una infiltración orbitaria inflamatoria por presunta enfermedad IgG4.

Caso clínico 1: Mujer de 36 años, llevada por ptosis palpebral izquierda y alteración de consciencia. Presentaba hipoglobo e hipotropía izquierda, restricción a la supraelevación. La TAC evidenció pansinusitis, absceso cerebral frontal con edema cerebral, absceso orbitario izquierdo con extensión intraconal.

Caso clínico 2: Hombre de 60 años, acude por cefalea, edema de párpado izquierdo y diplopía. Presentaba proptosis, hipoglobo e hipo-exotropía izquierdo, restricción de la supraelevación y abducción. La RM reportó lesión infiltrativa sinusal frontal y etmoidal, extensión intracraneal e intraorbitaria izquierda. La biopsia informó linfoma no Hodgking de célula T.

Caso clínico 3: Mujer de 45 años, acude por edema palpebral derecho y diplopía. Presentaba proptosis e hipoglobo derecho, limitación a la supraelevación y abducción. La RM evidenció masa orbitaria adyacente a pared lateral de órbita en contacto con recto medial y glándula lagrimal. La analítica reportó IgG4 elevada. Se realizó biopsia, pero las muestras estaban artefactuadas por fenómenos de electrocauterio, se pudo orientar cuadro inflamatorio, pero no asegurar enfermedad por IgG4. Dada la resolución tras corticoterapia oral y ausencia de recidiva se orientó como presunción de enfermedad por IgG4 y se descartó realizar nueva biopsia.

Discusión: Los tumores orbitarios abarcan una amplia gama de entidades benignas y malignas, la presentación clínica puede ser muy similar en ocasiones. El diagnóstico diferencial oportuno y tratamiento adecuado pueden prevenir la pérdida visual y disminuir la morbilidad y mortalidad. Cabe destacar la importancia de realizar una correcta biopsia orbitaria para asegurar la rentabilidad de la prueba.

E-mail autor: julianaocampocandamil@hotmail.com

CP33 Meningioma primario intraóseo frontal con afectación orbitaria

Dra. Juliana Ocampo Candamil, Dra. Diana Paola Pinilla Fuentes, Dra. M.ª Rosa Bonilla Quijada

Introducción: Los meningiomas son tumores poco frecuentes originados en las células meningoeliales. Son de crecimiento lento y de carácter benigno. Los meningiomas del hueso craneal son una variante rara de meningioma ectópico, representan el 1% de todos los meningiomas intracraneales, no tienen conexión con la duramadre y han sido descritos en el tejido celular subcutáneo, hueso craneal, orbita, senos paranasales. Presentamos el caso clínico de un meningioma intraóseo primario con afectación orbitaria cuyo diagnóstico no se logró a priori radiológicamente.

Caso clínico: Mujer de 42 años acude por edema de párpado superior derecho y región temporal derecha, visión borrosa y lagrimeo del ojo derecho de un año de evolución. A la exploración oftalmológica presentaba edema blando del párpado superior derecho que se extendía a fosa temporal, aumento de volumen del hueso frontal derecho y glándula lagrimal engrosada, hipoglobo de 1 mm y proptosis de 2 mm, agudeza visual de 1.0 en ambos ojos. La TAC evidenció lesión ósea frontal derecha que afecta la región orbitaria derecha, senos frontales y partes blandas vecinas, en relación a tumor fibroso óseo y menos probable meningioma intraóseo por no observarse componente meníngeo intracraneal. Se decidió realizar biopsia que confirmó el diagnóstico de meningioma intraóseo primario. Dada la localización de la lesión y la benignidad del diagnóstico se decidió manejo expectante.

Conclusiones: Los meningiomas intraóseos primarios son tumores, variante del meningioma ectópico, raros y de características benignas. La TAC es muy útil para identificar su extensión y si existe afectación dural, pero la mayoría de las veces requiere hacer diagnóstico histológico diferencial. Se recomienda una resección quirúrgica amplia si no está próximo a estructuras vitales como lo es la región periorbitaria.

E-mail autor: julianaocampocandamil@hotmail.com

CP34 Importancia del oftalmólogo en el diagnóstico de carcinomas de células escamosas de fosa nasal o seno paranasal

Dra. Silvia Pérez Trigo, Dr. Enrique Mencía Gutiérrez, Dr. Álvaro Bengoa González, Dra. Bianca Laslau

Objetivos: Los carcinomas de células escamosas con origen en una fosa nasal o un seno paranasal solo suponen un 3-6% de los tumores de cabeza y cuello. El diagnóstico precoz es muy importante para conseguir una mayor supervivencia.

Material y métodos: Hemos revisado las historias clínicas de 5 pacientes (2007-2011), 4 hombres y 1 mujer, que acudieron en primera instancia a la consulta del oftalmólogo y posteriormente fueron diagnosticados de un carcinoma de células escamosas (4 adenocarcinomas y 2 carcinomas (uno de tipo intestinal mucinoso). La localización fue en dos casos en seno maxilar, en dos casos en seno etmoidal y en un caso en fosa nasal. La edad media fue de 63 años. El examen oftalmológico demostró que un caso debutó con proptosis, uno con epífora y anestesia facial, uno con proptosis, diplopía y alteración de la motilidad ocular extrínseca y otra con pérdida de agudeza visual, y todos tenían invasión orbitaria. La supervivencia a pesar de la cirugía radical, radioterapia y/o quimioterapia fue de un 20% (1 caso) a los 5 años.

Discusión: La presencia de una clínica inespecífica oftalmológica o el inicio de la misma que no se correlacione con su sospecha hace que estos tumores sean diagnosticados en un estadio evolutivo avanzado y con invasión orbitaria. Es el oftalmólogo a veces el primer especialista que explora un paciente afecto de una tumoración maligna de una fosa nasal o de un seno paranasal.

Conclusión: La existencia de anestesia o parestesias faciales, proptosis, epífora, aumento de la presión intraocular, diplopía, alteración de la motilidad ocular extrínseca o signos de congestión, hacen que se pueda sospechar y conseguir un diagnóstico precoz que hará aumentar la supervivencia de estos pacientes.

Nivel de evidencia científica: IV.

E-mail autor: silviaptrigo@yahoo.es

CP35 Inflamación palpebral inferior unilateral recidivante como única manifestación de leucemia aguda

Dra. Ángela Pintor Serrano, Dra. Esther María Álvarez Martín, Dra. M.ª Aurora Gimeno Quintana

Introducción: La leucemia linfoblástica aguda es la neoplasia más frecuente en la infancia, no obstante su presentación en forma de masa orbitaria supone una manifestación inusual.

Caso clínico: Presentamos el caso de una niña de 7 años de edad que acudió al Servicio de Urgencias de Oftalmología por presentar una inflamación palpebral inferior del ojo derecho de una semana de evolución, sin otra sintomatología ocular acompañante, a nivel sistémico mostraba malestar general del mismo tiempo de evolución. Al historiar a los familiares de la paciente se descubre que este mismo signo clínico se remonta a seis meses antes de la consulta hospitalaria con cuadros repetidos de inflamación palpebral. En la exploración oftalmológica presenta agudeza visual espontánea 0.8, leve desplazamiento superior del globo ocular derecho, sin proptosis ni alteración de la motilidad extrínseca, a la palpación orbitaria se aprecian dos nódulos indoloros a nivel del tercio externo del párpado inferior derecho, resto dentro de la normalidad. En colaboración con el Servicio de Pediatría, se solicita analítica con resultado de pancitopenia y TAC craneal donde se observa infiltración del suelo orbitario derecho. Se solicita interconsulta a hematología, que diagnostica la presencia de blastos en sangre periférica e hipoplasia medular en biopsia medular en contexto de Leucemia Linfoblástica Aguda con única manifestación extramedular a nivel orbitario. Se inició tratamiento con quimioterapia sistémica con buena evolución actual del proceso neoplásico.

Conclusión: En la infancia pueden aparecer varios tipos de tumoraciones de localización orbitaria. Aunque no sean frecuentes, es importante pensar en las neoplasias a la hora de realizar un diagnóstico diferencial de una lesión ocupante de espacio a este nivel. Dado que el compromiso ocular puede ser la primera forma de presentación de la enfermedad, es imprescindible el papel del oftalmólogo para su identificación y tratamiento precoz.

E-mail autor: angela18_11@hotmail.com

CP36 Enfermedad inflamatoria orbitaria secundaria a ácido zoledrónico

Dra. Laura Porrúa Tubío, Dra. Clara Auladell Barba, Dra. Ana Rosa Albandea Jiménez, Dr. Marco Sales Sanz

Introducción: Los bifosfonatos se han descrito como causa de múltiples formas de inflamación ocular (uveítis anterior, epiescleritis, escleritis, conjuntivitis). Hay 6 casos descritos en la literatura de enfermedad inflamatoria orbitaria producida por bifosfonatos (3 tras pamidronato y 3 tras ácido zoledrónico).

Caso clínico: Mujer de 81 años portadora de válvula de Ahmed en ojo derecho que acude al Servicio de Urgencias por presentar dolor periocular, edema y eritema bipalpebral derechos de 48 horas de evolución. Niega infecciones o traumatismos recientes. A la exploración física presenta ptosis completa del ojo derecho con edema y eritema bipalpebral, y limitación de la motilidad extraocular en todas las posiciones de la mirada. En la tomografía computarizada orbitaria se describe proptosis y afectación de la grasa orbitaria. No se observa foco inflamatorio

nasosinusal asociado. Se inicia antibioterapia intravenosa sin clara mejoría en las primeras 24-48 horas. La paciente había recibido perfusión de ácido zoledrónico 4 días antes del inicio de la clínica por osteoporosis postmenopáusica, por lo que se inicia corticoterapia con 80 miligramos de prednisona por vía oral. Tras inicio de corticoterapia se observa clara disminución del dolor, del edema palpebral y recuperación de la motilidad extraocular.

Discusión: La enfermedad inflamatoria orbitaria es un efecto secundario de los bifosfonatos frecuente. Se ha postulado como mecanismo fisiopatológico la liberación de citoquinas y reactantes de fase aguda tras este tratamiento.

Conclusiones: En pacientes con enfermedad inflamatoria orbitaria hay que pensar siempre en esta entidad, por lo que es fundamental realizar una anamnesis detallada para descartarla e iniciar tratamiento con corticoides sistémicos si se sospecha, dado que suelen producir una respuesta rápida y eficaz. Además es necesario retirar los bifosfonatos y control del paciente por el servicio de Reumatología o Medicina Interna.

CP37 Un diagnóstico diferencial inusual de hemangioma cavernoso orbital: «Ancient Schwannoma»

Dra. Tatiana Queirós, Dr. Marco Sales Sanz, Dra. Andreia Soares, Dra. Sara Ribeiro

Objetivo: El «Ancient Schwannoma» es una rara variante de Schwannoma con un curso benigno de crecimiento lento y características histopatológicas particulares. Hay sólo 6 casos en la literatura. Presentamos un caso de una mujer con lesión tumoral en la órbita.

Caso clínico: Una mujer de 84 años presentó una historia de 9 años de protrusión progresiva, deterioro de la agudeza visual y malposición del párpado inferior de su ojo izquierdo (OS). Tras la inspección, el globo izquierdo estaba desplazado superior y anteriormente y un ectropión mecánico del párpado inferior era evidente. El examen reveló diplopía en todas las posiciones de ojar. La mejor agudeza visual era de 9/10 en el ojo derecho (OD) y 4/10 en OS. La exoftalmometría (exoftalmómetro de Hertel) fue de 14mm OD y 22mm OS. La tomografía computarizada reveló una masa ovalada bien delimitada en el espacio intraconal de la órbita inferolateral izquierda con discreta remodelación ósea. La resonancia magnética nuclear (RMN) mostró una lesión intraconal con márgenes bien definidos y una forma ovalada. El eje principal medía 33x24mm. Se realizó un diagnóstico de hemangioma cavernoso basado en las características clínicas y de imagen. El paciente se sometió a una orbitotomía anterior a través del fórnix conjuntival inferior. El tumor se extirpó completamente sin dañar la cápsula. El diagnóstico histopatológico fue un «Ancient Schwannoma». En el seguimiento a los 9 meses,

el paciente estaba asintomático, sin evidencia de recidiva tumoral. El ectropión mecánico del párpado inferior se resolvió espontáneamente.

Discusión/Conclusión: Creemos que este caso mejora el conocimiento sobre los tumores orbitarios. Presentamos aquí una remodelación ósea en un «Ancient Schwannoma» antiguo con 9 años de evolución y con una descripción detallada de la RM. El presente caso muestra que los tumores del sistema nervioso periférico deben ser considerados en el diagnóstico diferencial de las masas orbitarias con cambios óseos.

E-mail autor: tatiana.smq@gmail.com

CP38 Hematoma periorbitario de repetición como manifestación primaria de una leucemia linfocítica

Dr. Pablo Rivera Pérez de Rada, Dra. Verónica Rodríguez Méndez, Dra. Olaia Guergué Díaz de Cerio, Dra. Estibaliz Ispizua Mendivil

Caso clínico: Varón de 78 años que presenta desde hace un año episodios de hematomas espontáneos en región periorbitaria de su ojo derecho, sin otra manifestación oftalmológica ni dolor. Como antecedente de interés, destaca una linfocitosis B monoclonal en control por hematología desde 2011, con aumento de linfocitos en los últimos seis meses. En la exploración, presenta únicamente engrosamiento malar derecho y telangiectasias superficiales. La resonancia magnética muestra una lesión infraorbitaria inferolateral extraconal derecha, aspecto engrosado de ambas glándulas lacrimales y adenopatías en ambas parótidas y cadena yugular interna, además de una alteración de los elementos óseos cervicodorsales, que reflejan elevada actividad hematopoyética. La citología realizada muestra un patrón compatible con Leucemia Linfática Crónica tipo B (LLC-B) y en el TC toraco-abdominal se encuentra esplenomegalia, por lo que los hematólogos comienzan tratamiento con lbrutinib, consiguiendo a los 4 meses la desaparición de la masa infraorbitaria y el control de su enfermedad, en seguimiento por hematología y oncología.

Discusión: Las manifestaciones oftalmológicas de la leucemia pueden ser causadas bien por infiltración primaria, bien secundarias a variaciones en el perfil hematológico, bien por complicaciones del tratamiento. Cualquiera de las estructuras del globo ocular y/o sus anexos pueden estar afectadas tanto en el debut de la enfermedad como en su evolución. La aparición de hematomas indoloros periorbitarios de repetición es una forma rara de presentación de un síndrome proliferativo debido a la infiltración difusa de la órbita con componente hemorrágico.

Conclusiones: Es muy importante la colaboración del servicio de oftalmología y hematología para detectar las alteraciones oculares asociadas a la enfermedad

leucémica, ya que un diagnóstico precoz acertado con manejo oportuno es importante no solo para la salud oftalmológica del paciente, sino también para su vida.

E-mail autor: RIVERAPEREZDERADA@GMAIL.COM

CP39 Tiroiditis de Hashimoto y orbitopatía tiroidea: una asociación infrecuente

Dr. Jorge Sánchez Cañizal, Dr. Álvaro Toribio García, Dra. Elena Pérez Díez, Dra. Esther Rodríguez Domingo

Mujer de 51 años con antecedentes de Tiroiditis de Hashimoto (TH), alopecia universal, y miopía magna. Recibía tratamiento con levotiroxina (125 µg/día), calcio, vitamina D, y venlafaxina.

Acude por dolor y edema palpebral en ojo derecho de semanas de evolución. Se observa una exoftalmometría de 21 mm con edema y retracción palpebral derechos (DRM1 de 7mm y DRM2 de 5 mm). El ojo izquierdo no presentaba ninguna alteración. Se valoró un Clinical Activity Score (CAS) de 3/7. Los niveles de T4 (1,29 ng/100), TSH (1,7 mU/L) y TSI (1,22 UI/ml) eran normales. Se realizó el test de Hess-Lancaster donde se apreciaba hipertropía del ojo derecho.

Dada la importante retracción palpebral y la queratitis por exposición que mostraba, se realizó tratamiento con 15 UI de toxina botulínica en el músculo elevador del párpado, sin conseguir mejoría.

En la resonancia magnética, se apreció inflamación del musculo elevador del párpado derecho. Se biopsió esta estructura mostrando un infiltrado inflamatorio inespecífico.

Se trató con bolos de corticoides, sin obtener mejoría.

Tras realizar blefarotomía, se corrigió la retracción palpebral sin mejoría del edema, por lo que se trató con Tocilizumab (480mg / mes durante 4 meses). Se produjo una gran disminución del edema, sin modificación de la apertura palpebral.

Conclusión: La asociación de la TH a la orbitopatía tiroidea es infrecuente. La escasez de tejido tiroideo funcional, la producción específica de anticuerpos contra la musculatura ocular (calsequestrina, flavoproteína o G2s) o la conversión del anticuerpo del receptor de tirotrópina de bloqueante a estimulador, pueden explicar esta inusual situación.

La TH en nuestra paciente explicaría el perfil hipotiroideo en el contexto de orbitopatía tiroidea.

En pacientes eu- e hipotiroideos con orbitopatía, la presencia de TSI normales obliga a descartar patologías como la fístula carótido-cavernosa, linfoma, enfermedad inflamatoria idiopática orbitaria y enfermedades relacionadas con IgG4.

E-mail autor: Jorgesanchezcanizal@gmail.com

CP40 Manejo Conservador de Cuerpo Extraño Intraorbitario

Dra. Ana María Sánchez León, Dra. M.ª José Pérez Cordobés

Se presenta el caso de un paciente de 32 años que consulta tras sufrir un traumatismo fortuito con objeto de mármol según refiere. No manifestó pérdida visual ni otra sintomatología, a la exploración presentaba hiposfagma bulbar inferior y una herida incisa subciliar en párpado inferior de ojo derecho, siendo el resto del polo anterior normal, MOE y MOI estaban conservados y simétricos y en el fondo de ojo se observaba a nivel de periferia inferior una zona de indentación que en el TAC se correspondía con la presencia de un cuerpo extraño metálico de 10 mm de diámetro situado entre el suelo de la órbita y el globo ocular. Se suturó la herida palpebral optando por un manejo conservador del cuerpo extraño intraorbitario de manera que actualmente el paciente se encuentra asintomático y el CEIO ha mantenido su posición en todo momento.

E-mail autor: anam_1989_5@hotmail.com

CP41 Descompresión orbitaria: Comparación entre descompresión de pared medial y lateral para el tratamiento de la orbitopatía tiroidea en relación a un caso intervenido con ambas técnicas

Dr. Juan Francisco Santamaría Álvarez, Dr. Ramón Rodríguez Leor, Dr. Ferrán Mascaró Zamora

Objetivos: Comparar la eficacia y complicaciones de la descompresión orbitaria de pared medial, con extensión a pared inferior, con la descompresión de pared lateral e inferolateral en relación a un caso intervenido con ambas técnicas.

Caso clínico: Paciente mujer de 59 años derivada a nuestro centro para evaluar la posibilidad de realizar descompresión orbitaria derecha secundaria a oftalmopatía tiroidea, intervenida en otro centro previamente de descompresión orbitaria izquierda de pared medial e inferior donde se logra corregir la proptosis, pero presentando como secuela diplopía, hipoglobo de 6 mm y una hipotropía de 43 D no corregible con prisma. Limitación a la supra y levoducción.

Se opta por descompresión orbitaria de pared lateral e inferolateral, técnica habitualmente usada en nuestro centro. Se logra corregir la proptosis sin presentar en el postoperatorio alteraciones en la posición ni la motilidad del globo ocular.

Discusión: En relación a lo presente en la literatura donde se comparan ambas técnicas, en ambos grupos se evidencia mejorías en la agudeza visual, campo visual y visión en colores sin evidencias estadísticamente significativas entre ellas. Tampoco se evidencian diferencias en la incidencia de diplopía y/o alteraciones de la motilidad ocular postoperatoria. Se han evidenciado diferencias estadísti-

camente significativas en el grado de reducción de la proptosis donde algunos estudios mencionan diferencias de hasta 3 mm.

Conclusiones: Tanto la descompresión orbitaria lateral como medial son eficaces en el tratamiento de la oftalmopatía tiroidea con resultados funcionales e incidencia de complicaciones similares. La descompresión lateral logra una mayor reducción de la proptosis por lo que podría estar indicada en casos de mayor gravedad.

Nivel de evidencia científica: IX.

CP42 Edema palpebral: una causa rara para un signo común

Dra. Andreia Soares, Dra. Cristina Almeida, Dra. Cristina Freitas, Dra. Sara Ribeiro

Objetivos: Presentar un caso de un paciente con blefarocel y revisión de literatura.

Métodos: Reporte de un caso.

Resultados: Paciente de 48 años presentada en urgencias con edema del párpado derecho (3 días de evolución). La paciente había sufrido un trauma menor a este ojo una semana antes. Reportó episodios de inflamación del párpado derecho con resolución espontánea desde la aparición de una lesión cerebral traumática hace 5 años. El examen oftalmológico mostró un edema del párpado suave e indoloro del ojo derecho. La tomografía computarizada cerebral mostró un área de discontinuidad ósea del techo orbitario con hernia cerebral y una fuga de liquor en el párpado (blefarocel), y la resonancia magnética reveló un área de encefalomalacia frontal. Se prescribió ibuprofeno (800 mg / día), con resolución completa en 20 días. Fue evaluada por Neurocirugía sin indicación de cirugía debido a la resolución del edema y ausencia de síntomas.

Conclusiones: El blefarocel es una entidad rara que debe ser considerada en el diagnóstico diferencial del edema unilateral del párpado. Puede ser secundario a una fractura orbital o lesión congénita.

E-mail autor: andreiafilipa.brsoares@gmail.com

CP43 Quiste aracnoideo de nervio óptico. Manejo terapéutico y evolución

Dra. Irene Temblador Barba, Dr. Ignacio Molina Leyva, Dr. Carlos Gálvez Prieto-Moreno, Dra. María Martínez Jiménez

Objetivos: Describir la evolución de un paciente con un quiste aracnoideo de nervio óptico (NO)

Caso clínico: Mujer de 27 años con diagnóstico de quiste aracnoideo en la vaina de NO de ojo izquierdo (OI), drenado anteriormente en varias ocasiones, que acu-

de a nuestra consulta por pérdida de visión progresiva con OI. La agudeza visual (AV) en ojo derecho es 1 y en OI cuenta dedos. No tiene exoftalmos. En el fondo de ojo se observa papila transparente a nivel de la excavación, donde se aprecia líquido detrás de la zona hiperpigmentada. El resto de exploración es normal.

Se realiza resonancia magnética (RM) donde se ve el quiste con mayores dimensiones que en la exploración realizada dos años anteriores en otro centro. Por la localización, no es posible realizar excisión, por lo que se realiza orbitotomía lateral con drenaje por abordaje transconjuntival nasal superior.

En la revisión, la AV en OI es 0,7 y el resto es normal. Se realiza nueva RM donde se aprecia el quiste de menor tamaño que en las exploraciones anteriores. En la actualidad mantiene la misma AV asintomática, por lo que se revisa periódicamente con campos visuales

Discusión: Si se realiza incisión en lugar de excisión, hay más probabilidad de recurrencia, pero en muchos casos no se puede realizar lo primero por la localización. En los quistes aracnoideos de la vaina de NO, la biopsia de estos es potencialmente diagnóstica y terapéutica si puede realizarse. Cuando son asintomáticos y sin pérdida de visión, se puede hacer seguimiento vigilando de cerca el NO por posible atrofia en la evolución

Conclusiones: Los quistes aracnoideos de NO son proliferaciones fibrovasculares benignos que comprimen las leptomeninges en la zona donde se encuentren y progresan lentamente. Pueden ser asintomáticos, sobre todo los de menor tamaño, o producir proptosis y pérdida de visión por la compresión. La mejor prueba para el seguimiento es la RM. Hay que hacer diagnóstico diferencial con otras entidades, como los meningiomas.

Nivel de evidencia IV.

E-mail autor: irenetemplador@gmail.com

CP44 Miositis orbitaria tras radioterapia en un paciente con orbitopatía tiroidea

Dr. Néstor Ventura Abreu, Dr. Juan Antonio Troyano Rivas, Dra. M.^a Liseth Salazar Quiñones, Dra. Eva Vico Ruiz

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 64 años en seguimiento en nuestro departamento de Órbita y Oculoplastia por orbitopatía tiroidea. La paciente fue diagnosticada de enfermedades de Graves en 2014.

En abril de 2016, la paciente presenta clínica marcada de orbitopatía tiroidea con un Clinical Activity Score (CAS) de 4/10, por lo que se pautan bolos de metilprednisolona (250 mg/bolo por seis semanas y 125 mg/bolo por seis semanas). La paciente no mostró mejoría (CAS 3/10), por lo que se añadieron corticoides orales y radioterapia estereotáxica (dosis total de 10 Gy), con buena respuesta (CAS 1/10).

Seis semanas tras la radioterapia, la paciente acudió a consulta con ptosis palpebral, hiperemia y eritema, y limitación a la supravversión. Se realizó una resonancia magnética (MRI), en la que se objetivaron cambios en la musculatura orbitaria compatibles con la actividad tiroidea, además de un engrosamiento marcado del vientre y tendón muscular del músculo recto superior del ojo derecho. Dada la ausencia de respuesta al tratamiento con antibióticos, la buena evolución con corticoides orales y los hallazgos de la MRI, se diagnosticó a la paciente de miositis orbitaria.

Discusión: La TAO genera, entre otros, miopatía tiroidea, que puede asociarse a diplopía, retracción palpebral y proptosis. La miopatía tiroidea y la miositis orbitaria son entidades que presentan rasgos clínicos, en prueba de imagen y en la respuesta al tratamiento con corticoides que permiten diferenciarlas claramente. En el caso de nuestra paciente, dada además la ausencia de sobreinfección o "radiation-recall" por quimioterápicos sistémicos, el diagnóstico más plausible es el de miositis orbitaria tras radioterapia.

Conclusión: La miopatía tiroidea puede presentar, en su curso clínico, miositis orbitaria, y en el caso de nuestra paciente, secundaria a radioterapia estereotáxica. Nivel de evidencia IV

E-mail autor: ventanes@gmail.com

CP45 Laceración canalicular: determinantes y manejo en 16 años

Dra. Alicia Galindo Ferreiro, M^a. Victoria Marqués Fernández, Dra. Silvana Schellini, Dra. Fatima Alhamad

Objetivo: Definir los datos epidemiológicos, perfil clínico, manejo y resultados de la reparación de canalicular.

Métodos: Estudio retrospectivo en pacientes que tuvieron una reparación de laceración canalicular entre los años 2000 a 2016 en un hospital terciario. Datos demográficos, causas de la laceración, tipo de trauma, tipo de cirugía y resultados fueron analizados. Éxito funcional se definió como la ausencia de epifora después de la reparación canalicular.

Resultados: 58 pacientes se les realizó reparación canalicular en el periodo estudiado. Media de edad 9 años (rango 1 a 66 años). 75,9% masculino. La causa de la laceración más frecuente fue objeto afilado (44,8%), contuso (25,9%), accidente de tráfico (8,6%) y sin especificar (20,7%). Canaliculo inferior afecto en un 65,5%, superior en un 27,6%, y ambos en 6,9%. Afectación simultánea del globo ocular en un 5,1% de los pacientes. Reparación canalicular realizada con bicanalicular stent in 56,8%, monocalicular en un 34,4% mientras que en un 5,2% no se usó stent. Éxito funcional se alcanzó en un 82,8% de los pacientes. El éxito en repa-

ración monocanalicular con mono or bicanalicular stent no fue estadísticamente significativo ($P = 0.7$).

Conclusión: La reparación Canalicular es más frecuente en niños en el canalículo inferior. La reparación quirúrgica resulta en casi todos los casos en un éxito funcional, independientemente del tipo de stent usado.

E-mail autor: ali_galindo@yahoo.es

CP46 Fístula palatal como complicación de stent nasolacrimal

Dra. Esther Gallardo Pérez, Dr. Manuel Medina Hayas, Dr. Artur Díaz Carandell, Dr. Manuel Romera Becerro

El stent lacrimonasal es una alternativa terapéutica para la obstrucción de vía lacrimonasal baja, pero presenta frecuentes complicaciones como su obstrucción, infección, desplazamiento y la fibrosis de la vía.

Presentamos el caso de una paciente de 54 años intervenida por obstrucción de vía lagrimal baja mediante stent lacrimonasal en ojo derecho 10 años antes y con episodios de dacriocistitis posteriores. Consultó por la aparición de una lesión papular a nivel de paladar duro que en dos meses evolucionó a fístula palatal, con extrusión del extremo distal del stent. En la TC se observa la migración del stent hacia la cavidad oral. La prótesis fue retirada por vía oral bajo anestesia local.

La migración a través de paladar duro del stent nasolacrimal es una rara complicación de la que no hay descripciones previas en la literatura publicada.

CP47 Presentación Atípica de Dacriocistocele en Gestante de 4 Semanas

Dra. Paula Hernández Martínez, Dr. Fernando Cevallos Droguett, Dra. Encarnación Mateos Sánchez, Dra. Nieves Alonso Formento

Introducción: Dacriocistocele es un término amplio que engloba la dilatación completa de la vía lagrimal secundaria a su obstrucción proximal y distal. La mayoría de los casos son congénitos. En adultos la incidencia es reducida. Su forma de presentación habitual es una masa, asintomática, inferior al tendón cantal medial.

Caso clínico: Mujer de 39 años, gestante de 4 semanas. Acude al servicio de urgencias por cuadro de 1 día de evolución de edema y eritema palpebral derecho, epifora y dolor, más intenso a la levoversión. No diplopía. Afebril. La palpación del reborde orbitario es dolorosa, más intensa en sector nasal inferior, no se constatan masas. El resto del examen oftalmológico no evidencia hallazgos relevantes. La fibroscopia evidencia mucosa nasal congestiva y rinorrea serosa. No signos de sinusitis. Ingresa para realización de RM orbitaria para evitar radiación. Se inicia

tratamiento antibiótico y antiinflamatorio empírico. Evolucionó en 24 horas con discreta mejoría del dolor. La RM muestra dilatación del saco y conducto nasolacrimal, con impronta sobre el margen medial del globo ocular. Se realiza lavado de vías lagrimales, levemente doloroso al realizarlo y con salida de material mucoso por drenaje distal. Tras el lavado se produce alivio de la sintomatología en forma completa en pocas horas, con desaparición del dolor y la epífora. No han ocurrido recidivas.

Conclusión: La gestación, así como la forma de presentación clínica nos manifestó un desafío para el correcto diagnóstico y tratamiento. No se conoce un factor de riesgo único para el desarrollo de la patología, sin embargo factores como el trauma, dacriocistitis previas, enfermedades inflamatorias, variantes anatómicas, obstrucción congénita o tumores pueden contribuir a su desarrollo. Los cambios fisiológicos en el embarazo, como la hiperemia de mucosas, puede haber contribuido a la patogenia del cuadro. La DCR está descrita como tratamiento en pacientes en los que no progresa el tratamiento.

E-mail autor: paulahernandez.m@gmail.com

CP48 Dermatófibrosarcoma protuberans periocular. Caso clínico

*Dr. José Luis Macaya Pascual, Dra. Jessica Matas Faussi, Dr. Ramón Pigem,
Dr. Santiago Ortiz Pérez*

Varón de 49 años que consultó por un pequeño nódulo en el canto medial derecho. La biopsia informó de DFSP. Posteriormente se realizó una escisión con control de márgenes mediante la técnica slow Mohs, que informó de márgenes libres tras el segundo estadio. La escisión incluyó el canto medial, la porción medial de ambos párpados y la vía lagrimal proximal. Para la reconstrucción se decidió por la cicatrización por segunda intención. Tras 3 meses de seguimiento el defecto se encuentra epitelizado, y la funcionalidad palpebral está preservada.

Discusión: El DFSP es un tumor raro de origen mesenquimal, de crecimiento lento, con poca capacidad metastásica pero localmente invasor y con alta tendencia a la recurrencia. La localización periocular es muy infrecuente, y presenta dificultades añadidas, tanto a nivel del tratamiento, por la posibilidad de infiltración orbitaria, como en la reconstrucción, ya que generalmente se necesita la escisión de grandes áreas de tejido para conseguir la escisión de todo el tumor. Por estos motivos, la cirugía micrográfica de Mohs está ganando protagonismo en el manejo de estas lesiones, ya que permite un control exhaustivo de los márgenes de resección, conservando la máxima cantidad de tejido sano circundante. La cicatrización por segunda intención es una opción a tener en cuenta en defectos del canto medial, aparte de ofrecer muy buenos

Resultados funcionales y estéticos, puede ayudar a detectar más precozmente las posibles recidivas de ciertas neoplasias agresivas, como el DFSP.

Conclusiones: El DFSP es una neoplasia infrecuente en el área periocular, pero con un comportamiento agresivo que puede ocasionar complicaciones severas. Ante cualquier lesión sospechosa es importante el diagnóstico mediante biopsia, y un abordaje multidisciplinar para conseguir un tratamiento curativo y preservar la función visual.

Nivel de evidencia científica: Opinión Experto.

E-mail autor: j.l.macaya@hotmail.com

CP49 Tomografía de coherencia óptica en la monitorización del tratamiento quirúrgico de conjuntivocalasia

Dra. M.ª Dolores Romero Caballero, Dra. Celia Gómez Molina, Dr. Ignacio Lozano García, Dr. Francisco José Pozo Lorenzo

Objetivo: Destacar la importancia de la patología conjuntival, en este caso la conjuntivocalasia, como causa de obstrucción alta de vía lagrimal y objetivar mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) de segmento anterior los cambios producidos tras la cirugía.

Caso clínico: Varón que consultó por epifora unilateral derecha, con MUNK grado 3-4. Antecedentes de conjuntivitis alérgica ocasional y episodios de rascado ocular intenso. A la biomicroscopía destacó una conjuntivocalasia más importante en ojo derecho que en el izquierdo. Al realizar la OCT de menisco lagrimal, se observó la afectación desigual del menisco lagrimal por conjuntiva redundante, más importante en ojo derecho. Se indicó resección quirúrgica conjuntival en zona nasal inferior en ojo derecho. A los tres meses se constató la mejoría sintomática y con la OCT.

Discusión: Ante una obstrucción alta de vía lagrimal debemos realizar un diagnóstico diferencial exhaustivo. Aunque entre las causas más frecuentes destacan las estenosis puntales y canaliculares que se producen por procesos infecciosos -conjuntivitis virales...-, yatrógenas -secundarias a tratamientos tópicos prolongados, postradioterapia...-, tumorales o postraumáticas, entre otras. No podemos olvidar, la conjuntivocalasia como causa de epifora ya que la actitud terapéutica va a ser diferente. Destacamos la utilidad de la OCT de segmento anterior y la valoración del menisco lagrimal en los casos de epifora, antes y después del tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: La OCT de segmento anterior es un buen método para el diagnóstico y monitorización del seguimiento quirúrgico de conjuntivocalasia como causa de epifora.

E-mail autor: mdromero@um.es

CP50 Entropión cicatricial recidivante en síndrome de Steven-Johnson postnatal

Dra. Salomé Abenza Baeza, Dra. Nuria García Gallardo, Dr. David Martínez Martínez, Dr. José María Marín Sánchez

Caso clínico: Presentamos una niña de 9 años afecta de Síndrome de Steven-Johnson a los 8 meses de edad de causa desconocida, que había sido sometida a múltiples intervenciones palpebrales sin éxito, para solucionar las secuelas ocasionadas por la fibrosis conjuntival de su proceso mucocicatrizante.

A la exploración, se observa un entropión cicatricial con triquiasis en párpado superior derecho e inferior de ambos ojos, alteraciones corneales bilaterales, inflamación conjuntival y epifora de causa irritativa que le impedía una apertura palpebral normal.

Se decidió realizar una técnica de fractura tarsal con interposición de mucosa labial y suturas eversoras para párpados inferiores y una división de láminas para el párpado superior, con buena evolución.

A los 2 meses de la intervención, se observan de nuevo pestañas triquiásicas en el margen palpebral interno por metaplasia del tejido, por lo que se decide reintervención mediante extirpación de tejido anómalo, división de láminas y membrana amniótica con suturas eversoras, con muy buen resultado estético y funcional en la actualidad.

Discusión: El Síndrome de Steven-Johnson es una reacción inflamatoria aguda vesiculoampollosa de la piel y las membranas mucosas que puede dejar secuelas invalidantes sobre todo a nivel ocular si no se actúa de forma urgente.

El uso de injertos mucosos es esencial en la reparación del entropión cicatricial, aunque la membrana amniótica puede ser de gran utilidad tanto en fases precoces para disminuir secuelas como coadyuvante en cirugías reconstructivas en fase crónica.

Conclusiones: Restablecer la integridad de la superficie ocular en el Síndrome de Steven-Johnson suele ser una ardua labor y requerir múltiples reintervenciones, ya que la cicatrización conjuntival severa y la metaplasia tarsal unido a la dificultad en la exploración, sobre todo en casos pediátricos, puede dificultar mucho su manejo incluso por un cirujano oculoplástico experimentado.

E-mail autor: salomeabenza@hotmail.com

CP51 Vismodegib como alternativa terapéutica en el síndrome de Gorlin

Dra. Marta Álvarez Coronado, Dra. Sandra Macías Franco, Dra. Carmen Costales Álvarez, Dra. Paloma Rozas Reyes

Introducción: El síndrome de Gorlin o síndrome del nevo basocelular es un trastorno caracterizado, principalmente, por la aparición de múltiples carcinomas basocelulares (CBC), anomalías esqueléticas y quistes odontogénicos en la mandíbula. Presenta herencia autosómica dominante, penetrancia completa y expresividad variable, si bien el 50% de los pacientes lo desarrollan de novo. Se produce por mutaciones en un gen supresor tumoral, denominado PTCH, que desencadenan la activación anormal de la vía Hedgehog con la consiguiente proliferación tumoral. Dicha mutación está presente también en un 80% de los CBC esporádicos. Utilizando como diana la vía Hedgehog, se ha desarrollado el Vismodegib (Erivedge[®]), que inactiva la cascada de proliferación celular de forma selectiva para las células tumorales. Está indicado en carcinomas basocelulares metastásicos o localmente avanzados que no son candidatos a cirugía o radioterapia. Su administración es oral y los efectos adversos más frecuentes son calambres musculares, alopecia y disgeusia.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 61 años con síndrome de Gorlin y mutación demostrada para el gen PTCH que ya precisó exéresis de CBC en múltiples ocasiones. Es remitida por aparición de nuevos CBC en región periocular. En la exploración se objetivan varias formaciones compatibles con CBC adyacentes al borde libre de párpados superior e inferior, así como en canto interno de ambos ojos. La localización de estos tumores implica alto riesgo de invasión intraorbitaria y elevada complejidad quirúrgica. Por tanto, se decide tratamiento con Vismodegib a dosis de 150 mg al día por vía oral. Tras dos meses de tratamiento se observa importante mejoría con regresión de los tumores sin documentarse efectos adversos.

Conclusión: El Vismodegib es una alternativa terapéutica válida y segura a tener en cuenta en el abordaje de CBC no tributarios de tratamientos clásicos, ya sea por las características del tumor o del propio paciente.

E-mail autor: marta.acoronado@gmail.com

CP52 Ectropión y su abordaje en paciente diagnosticada de Ictiosis Lamelar

Dr. Julen Berniolles Alcalde, Dra. Mireya Martínez Vélez, Dr. Ángel M.^a Domínguez Polo, Dra. M.^a Carmen Ispa Callen

La ictiosis es una entidad heterogénea que se divide en cuatro grupos según presentación clínica, histopatológica y hallazgos genéticos.

La incidencia de la ictiosis lamelar es de aproximada mente de 1 caso por cada 200000 nacimientos, presentando un patrón de herencia autosómico recesivo. Se caracteriza por ser una enfermedad congénita que se manifiesta con cuadro eritrodérmico, xerosis y queratodermia palmo-plantar además de otros trastornos dermatológicos. Presentamos el caso de una paciente de 53 años que fue vista en nuestro servicio remitida desde dermatología, la paciente presentaba un importante ectropión causando molestias, epífora y daño corneal que comprometía la visión por dicho ojo. Tras tratamiento del ectropión y durante el seguimiento la paciente presenta mínima exposición escleral, leucoma cicatricial y no lesiones flúo positivas en córnea.

E-mail autor: julenberniolles@gmail.com

CP53 Carcinoma Basocelular Esclerodermiforme, un diagnóstico diferencial más de Chalación: a propósito de un caso

Dr. Cristian Manuel Carranza Neira, Dra. Carlota Gutiérrez Gutiérrez, Dra. Irene del Cerro Pérez, Dr. Juan de Sahagún Riba García

Objetivos: Resaltar la importancia del carcinoma basocelular esclerodermiforme (CBE) como diagnóstico diferencial del chalación.

Caso clínico (nivel de evidencia 3): Paciente mujer de 58 años remitida a la consulta de oculoplastica y vías lagrimales Oftalmología desde su oftalmólogo de zona por presentar fracaso de tratamiento con Terracortil® sobre un supuesto chalación en su ojo derecho.

En nuestra consulta presentó: Escama en base de pestañas, párpados adelgazados con bordes irregulares, telangiectasias y folículos pilosos completos de ambos ojos. En conjuntiva tarsal inferior de ojo derecho se observa una lesión nodular amarillenta se 6mm compatible con chalación. Resto de polo anterior sin alteraciones. Se inyectó 4 mg de acetónido de triamcinolona (AT) intralesional y se revisó en 2 semanas presentando una reducción de la lesión a 4 mm de diámetro. Se le volvió a inyectar el mismo fármaco y dos semanas después presentó precipitados cristalinos sin cambios en la lesión por lo que se citó a los 3 meses presentando en este momento pérdida de folículos pilosos y afectación del borde libre palpebral con induración y bordes irregulares por lo que se realiza biopsia con resultado compatible con CBE. Fue programada para cirugía de Mohs y reconstrucción con colgajo de piel del párpado inferior.

Discusión: El chalación es una patología frecuente en la consulta de oftalmología y uno de sus diagnósticos diferenciales más temidos es el carcinoma sebáceo, el cual se puede confundir con CBE en sus etapas iniciales.

La presentación típica de un CBE es ulcerativa y es poco frecuente que presente invasión difusa de la conjuntiva que es la que puede confundirse con el chalación por lo que no se ha reportado hasta la fecha una confusión en el diagnóstico.

Conclusiones: No se debe sobreestimar el diagnóstico de chalación y pensar en todos los diagnósticos diferenciales del mismo teniendo en cuenta las características clínicas y la respuesta al tratamiento.

E-mail autor: cristian.carranza.neira@gmail.com

CP54 Cirugía Micrografica de Mohs: un enfoque oftalmológico completo

Dra. M.^a Pilar Criado Muñoz, Dra. M.^a Inmaculada Diez Guerra, Dra. Carolina Mateo Vicente, Dr. José García Hinojosa

Objetivos: Conocer la técnica y sus fundamentos. Identificar las indicaciones oftalmológicas. Plantear alternativas cuando no está al alcance.

Material y métodos: Realizamos una descripción de la técnica, exponiendo como la hemos convertido en práctica habitual en nuestro centro. Con qué dificultades nos hemos encontrado: la necesidad de un técnico y un anatomopatologo especializado, en exclusiva y mayor tiempo quirúrgico, poco predecible.

Discusión: La cirugía de Mohs consiste en la sección horizontal del 100% de los márgenes tumorales para ser examinados en el microscopio, a diferencia de la cirugía convencional, que utiliza la sección vertical y examina márgenes al azar. Se aplica a tumores malignos con patrón de crecimiento por continuidad, no metastasicos. Ofrece tasas de curación más elevadas para tumores primarios y recidivantes. El resultado, una tasa más alta de curación con mayor preservación de tejido sano. Existe consenso en emplear esta técnica para la resección de tumores de la zona H facial, que engloba los párpados. Dentro de estos, los que afectan al canto medial, por el riesgo de extensión intraorbitaria, o si están adyacentes a una estructura funcional como la vía lagrimal, donde no se puede realizar cirugía convencional sin sacrificar la función. Esta reconocida su indicación en tumores grandes, si presentan un patrón histológico de alto riesgo, si los márgenes clínicos están poco definidos, si se trata de recidivas o de resecciones incompletas tras cirugía convencional. Es recomendable en inmunodeprimidos.

Conclusiones: La cirugía de Mohs ha demostrado un mayor ahorro de tejido, menores tasas de recurrencia tanto en tumores primarios como recidivantes y mejor resultado estético. Entre sus inconvenientes, la necesidad de personal especializado y el encarecimiento del procedimiento. Ha relegado la cirugía convencional a tumores pequeños, con histología favorable y reconstrucción por cierre directo. Nivel evidencia 1A.

Grado recomendación A.

E-mail autor: pilar.criado@infonegocio.com

CP55 Flap de Hughes en combinación con tira de periostio para la reconstrucción del párpado inferior. Serie de casos

Dra. M.^a Pilar Criado Muñoz, Dra. M.^a Inmaculada Diez Guerra, Dra. Carolina Mateo Vicente, Dr. José García Hinojosa

Caso clínico: Presentamos 3 casos clínicos de pacientes con carcinomas basocelulares avanzados, que comprometían más del 50% del párpado inferior incluyendo el tercio externo y el canto lateral. Se trata de 2 hombres y una mujer. La media de edad es de 60 años. En todos ellos se realizó una biopsia con punch de 3 mm que confirmó la sospecha clínica. Se procedió a la exéresis quirúrgica de la lesión con control de márgenes y se reconstruyó la lámina posterior mediante flap tarso conjuntival ipsilateral asociado a tira de periostio lateral. Para la reparación de la lámina anterior se empleó un injerto libre de piel de párpado superior. La apertura del flap se realizó a las 4 semanas. Los 3 evolucionaron satisfactoriamente.

Discusión: El procedimiento de Hughes proporciona un colgajo de tarso-conjuntiva desde el párpado superior que se cose con el inferior. Se emplea para reconstruir la lámina posterior cuando existe un defecto de espesor completo. Este colgajo cuenta con su propio suministro de sangre, puesto que permanece conectado durante 3-4 semanas al párpado superior. En defectos grandes, o cuando el canto externo también está comprometido se puede asociar a una tira de periostio lateral. Se completa la cirugía reconstruyendo la lámina anterior con un colgajo de deslizamiento miocutáneo o un injerto libre, como en nuestro caso.

Conclusiones: El flap tarso conjuntival de Hughes asociado a tira de periostio lateral nos permite reconstruir grandes defectos de lámina posterior en el párpado inferior. Es una técnica relativamente sencilla, que puede llevarse a cabo bajo anestesia local y sedación. Entre sus inconvenientes, la necesidad de mantener el ojo cerrado durante 4 semanas, lo que la hace poco adecuada en niños por el riesgo de ambliopía, o en adultos con ojo único funcional, y obliga a volver a pasar por quirófano para la apertura del colgajo.

Nivel de evidencia: 1+.

Grado de recomendación A.

E-mail autor: pilar.criado@infonegocio.com

CP56 Reconstrucción con colgajo glabellar y técnica de Cutler Beard en lesión tumoral de canto interno. A propósito de un caso

Dra. Enara Etxabe Agirre, Dra. Raquel Bañón Navarro, Dr. Nicolás García García, Dr. Francisco Ramos Martí

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con una lesión tumoral en margen interno de párpado superior derecho, tratado mediante exéresis y reconstrucción con la técnica de Cutler Beard y colgajo glabellar.

Caso clínico: Paciente de 89 años que presenta lesión tumoral de 12 x 15 x 10 mm, no dolorosa, con sangrado espontáneo, en canto interno de párpado superior derecho, y entropion de párpado superior en el contexto de ptosis del mismo ojo (por perforación ocular en adolescencia).

Discusión: Ante las características de la lesión y su localización, en canto interno (localización anatómica de difícil abordaje, por su relación con el tendón cantal medial y el sistema lagrimal), se decide realizar exéresis simple (posterior estudio anatomo-patológico arroja resultado de lesión benigna granulomatosa) y reconstrucción mediante la técnica de Cutler Beard junto a colgajo glabellar. El colgajo glabellar, se realiza rotando la herida en la posición deseada y cerrando el área donante a través de la técnica V a Y. Asimismo, se hace reconstrucción mediante la técnica de Cutler Beard, que consta de dos fases: primera, reconstrucción del párpado superior mediante un colgajo pediculado del párpado inferior; y segunda, 3 meses después, en la que se realiza la liberación del colgajo y posterior sutura. A los 6 meses tras la intervención, el paciente muestra un buen resultado estético y funcional.

Conclusiones: Los tumores benignos que afectan a párpados suponen un motivo de consulta frecuente, y a la hora de abordar su tratamiento se debe buscar el tratamiento que respete al máximo la funcionalidad y la estética. En los defectos del canto medio se suelen utilizar colgajos tarso-conjuntivales para su reconstrucción, y si los defectos cutáneos son muy extensos, pueden ser cubiertos con un colgajo glabellar.

CP57 Flap tarsoconjuntival bi-pediculado: ventajas sobre la técnica de Hughes

Dra. M.^a Antonia Fagúndez Vargas, Dra. M.^a José Carrilero Ferrer, Dr. José Manuel Ortiz Egea, Dra. Mónica Martínez Díaz

Son muchas las técnicas descritas para la reconstrucción de defectos del párpado inferior, dependiendo de la localización y tamaño de los mismos. El objetivo de estos procedimientos es garantizar un adecuado resultado funcional, anatómico y estético.

Para la reconstrucción del párpado en caso de grandes tumores con importante pérdida de tejido, debemos recurrir a colgajos adecuadamente vascularizados y/o injertos libres de piel.

En defectos de espesor total mayores al 50% de la longitud del párpado la técnica de Hughes consigue muy buenos resultados. Este procedimiento requiere dos etapas, en la primera se realiza un flap tarsoconjuntival más un injerto libre o colgajo de piel. En un segundo tiempo, alrededor de tres semanas después, se procede a la separación del colgajo tarsoconjuntival y reconstrucción del borde libre con el remanente conjuntival.

Describimos una técnica alternativa al flap tarsoconjuntival en la cual el aporte vascular del tarso procede de dos pedículos conjuntivales laterales al mismo. De esta manera obtenemos dos ventajas: Por un lado evitamos la deprivación visual entre los dos tiempos quirúrgicos y por otro lado la segunda intervención es muy rápida y sencilla pues se trata, simplemente, de cortar los dos pedículos.

Pensamos que el aporte vascular con este colgajo bipediculado es suficiente para la viabilidad de los tejidos, mejorando los inconvenientes del Hughes clásico.

Nivel de evidencia científica: IV.

E-mail autor: mafagundez@yahoo.es

CP58 Técnica quirúrgica de suspensión frontal complementaria en paciente con suspensión frontal funcionante

Dra. Laura Fernández del Cotero Secades, Dra. Jessica Botella García, Dra. Marta López Fortuny, Dr. Gorka Martínez Grau

Presentamos un paciente de 20 años, afecto de ptosis congénita unilateral ya intervenido de suspensión frontal en la infancia. Acude para mejoría estética de la irregularidad del margen palpebral superior lateral en ojo izquierdo. En la exploración se observa una hendidura palpebral mayor en el tercio medio que el tercio lateral (ptosis palpebral superior lateral) con una buena funcionalidad de la suspensión frontal y mínima lagofthalmía central. Se decide no deshacer la cirugía de suspensión frontal previa sino realizar una variante quirúrgica lateral a la misma. La técnica de suspensión frontal complementaria consiste realizar una nueva suspensión frontal lateral a la suspensión ya existente, como alternativa quirúrgica a la extracción de la banda de silicona colocada en la infancia. Se realiza con el implante de una nueva banda de silicona al frontal en su porción lateral sin afectar la banda ya existente mediante incisión cutánea por encima de la cola de la ceja y en pliegue palpebral superior en tercio medio y temporal, con mínima blefaroplastia sectorial lateral. Se describe la técnica quirúrgica paso a paso. Se muestra material iconográfico del paciente desde la infancia hasta los seis meses de postoperato-

rio. El resultado es una buena función de apertura y cierre, además de una mejoría cosmética (mayor simetría con el ojo contralateral).

Discusión: La ptosis congénita a menudo supone un reto para el tratamiento satisfactorio a largo plazo y requiere de varias intervenciones a lo largo de la vida del paciente, el grado de funcionalidad debe de ser nuestro objetivo principal para conseguir el mejor desarrollo visual pero además a largo plazo la función estética adquiere mayor importancia para el paciente. En nuestro caso se describe una técnica quirúrgica complementaria para aquellos casos ya intervenidos de suspensión frontal y que acuden para una mejora simplemente estética sin necesidad de deshacer la cirugía previa.

E-mail autor: laurafcotero@gmail.com

CP59 Sarcoma de Kaposi bilateral en un paciente VIH-negativo

Dra. Lorena Fernández Montalvo, Dra. Vanesa Cuadrado Claramonte, Dra. Nuria Ibáñez Flores, Dra. Pilar Cifuentes Canorea

Se describe el caso de un paciente de 70 años procedente de Sicilia que consulta por presentar una lesión bilateral en ambos párpados inferiores y en el párpado superior del ojo derecho con afectación de la conjuntiva tarsal que resultó ser un sarcoma de Kaposi tras examen anatomopatológico. Se documentó la afectación cutánea y pulmonar por sarcoma de Kaposi. El paciente no tenía un diagnóstico previo de infección por virus de inmunodeficiencia humana y los resultados analíticos resultaron negativos para el mismo. Este caso fue manejado con éxito tras completar cinco ciclos de quimioterapia con doxorubicina liposomal, desapareciendo las lesiones palpebrales, cutáneas y pulmonares.

E-mail autor: lorenafmontalvo@gmail.com

CP60 Extirpación y cierre por granulación en tumor palpebral

Dra. María Gessa Sorroche, Dra. Concepción Díaz Ruiz, Dr. Antonio Garrido Hermosilla, Dra. Ainhoa Rosselló Ferrer, Dr. Borja Domínguez Serrano

Objetivo: Presentar el caso clínico de un paciente que tras la extirpación de un tumor palpebral tuvo que cicatrizar por segunda intención y valorar resultado.

Caso clínico: Varón de 56 años con una lesión tumoral que afecta a más del 50% de la lamela anterior del párpado inferior del ojo derecho, con respeto del borde libre del mismo.

Se realiza escisión en bloque con márgenes de seguridad y se repara con un colgajo de piel del ala nasal. Se dan puntos de anclaje a periostio y puntos de sutura sueltos en piel y un punto de frost a región frontal para mantener la tensión de las suturas.

El estudio anatómo-patológico confirma la sospecha de un carcinoma basocelular con bordes libres de lesión.

En el post-operatorio inmediato aparecen signos de infección que no se controlan con antibióticos sistémicos y curas locales. Fue necesaria la retirada de las suturas y del colgajo y la cicatrización por segunda intención, la opción reparadora del defecto de tejidos. Se adjuntan imágenes de la evolución del paciente.

Discusión: La cicatrización por granulación o 2.ª intención puede ser una opción aceptable en la reparación de tejidos tras la exéresis de tumores.

Se produce gracias a dos fenómenos: la formación del tejido de granulación y la contracción de los bordes de la herida. El tejido de granulación está constituido por brotes vasculares rodeados de tejido conectivo neoformado, a partir de los fibroblastos.

Este tejido de granulación tiene dos misiones fundamentales: rellenar la pérdida de sustancia y constituir una barrera defensiva a la infección.

Su progresivo crecimiento va rellenando los profundos recovecos de la herida y, al mismo tiempo, la aseptica

Conclusión: La cicatrización por segunda intención puede ser una opción viable en aquellos tumores que por su localización (piel adyacente a canto interno) o por dificultades del colgajo reparador no pueda ser llevado a cabo.

E-mail autor: mariagessa@hotmail.com

CP61 A propósito de un caso de carcinoma epidermoide tratado con inteCPeron alfa 2 beta

Dra. Gloria M.ª Gornals Montés, Dr. Ricardo Díaz Céspedes, Dra. Damar Pardo López, Dr. David Salom Alonso

El carcinoma epidermoide de los párpados es un tumor maligno, con capacidad de metástasis y que se caracteriza por su extensión en las capas subdérmicas. La queratosis actínica, la enfermedad de Bowen y la dermatosis por radicación son precursores de esta lesión. Es más frecuente en el párpado inferior y en población mayor con historia de exposición solar crónica y daño cutáneo. Generalmente se presenta como una lesión en forma de placa o nodular, de bordes irregulares y rugosa, con escoriación de la piel, bordes perlados y ulceración central. Presentamos el caso de un hombre de 78 años, que se presenta a la consulta con lesión nodular de aspecto rojizo en el tercio interno de la conjuntiva tarsal inferior de ojo izquierdo. Refiere exéresis de orzuelo en la misma zona hace unos meses. Se sospecha granuloma piógeno y se deriva al servicio de oculoplástica para biopsia y anatomía patológica (AP).

El estudio anatomopatológico evidencia un carcinoma epidermoide bien diferenciado, por lo que se indica tratamiento tópico con 5 fluoracilo 1% 4 veces/día

durante 4 semanas. Tras una semana, el paciente acude con marcada hiperemia conjuntival, no dolorosa. Se inicia tratamiento sintomático. Unos días después, se presenta de nuevo con ojo rojo y dolor ocular. En la lámpara de hendidura se observa marcada queratitis punteada superficial con una úlcera paracentral inferior. Se retira definitivamente el 5 fluoruracilo. Se da tratamiento con pomada epitelizante y lágrimas artificiales con mejoría. Dado el cuadro de intolerancia, decidimos no administrar mitomicina C.

Iniciamos tratamiento con Interferón alfa 2 beta 4 veces/día durante 4 semanas. El paciente refiere buena tolerancia y en la evolución se observa disminución del tamaño lesional, por lo que se da un ciclo más de 4 semanas. Se realiza nueva biopsia, que se informa como libre de tumor. No recidiva clínica en 6 meses de evolución. Controles bimensuales.

E-mail autor: ggornals@gmail.com

CP62 Carcinoma de células sebáceas palpebral en paciente joven. A propósito de un caso

Dr. Xavier Graell Martín, Dra. Vanesa Cuadrado Claramonte, Dra. Núria Ibáñez Flores, Dr. Sebastián Prieto Briceño

Presentamos el caso de una paciente de 34 años afecta de una lesión de lento crecimiento que apareció en el tercio central del párpado inferior derecho en el 2014. Tardó en acudir al oftalmólogo realizándose una exéresis el 08/06/15 bajo la sospecha de quiste de glándula de Meibomio quedando la zona más expuesta y con un socavón central. Recidivó la misma lesión y la reintervinieron el 02/10/15. Desde entonces siempre quedó resto de lesión en la que el oftalmólogo que la llevaba le decía que se acabaría por ir ya que supuestamente era un chalazión. Acudió a nuestra consulta el 26/01/17 para valoración de la lesión recidivada de nuevo en el párpado. Se indicó cirugía de exéresis en cuña con reconstrucción en el mismo momento y envío de muestra para su análisis. La anatomía patológica mostró un carcinoma sebáceo en el borde palpebral siendo la proliferación positiva para el antígeno epitelial de membrana (EMA) de forma difusa e intensa quedando el margen quirúrgico nasal afectado focalmente por la neoplasia. Debido a la edad se le practicó estudio de expresión de genes reparadores del ADN (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2) sin pérdida de su expresión, concordando el resultado con un carcinoma sebáceo no asociado a síndrome de Muir-Torre. El estudio de extensión fue negativo. Realizamos una segunda intervención con ampliación de márgenes y crioterapia siendo el resultado anatomopatológico de márgenes libres y buena cosmética palpebral.

El carcinoma de células sebáceas afecta principalmente a personas mayores, siendo más frecuente en mujeres. Sigue habiendo importantes problemas para su

diagnóstico, lo que provoca un retraso en su tratamiento con consecuencias que pueden ser potencialmente graves debido a su diseminación sistémica. Dada su rareza en estas edades tan tempranas se debe descartar su asociación con otras neoplasias viscerales.

E-mail autor: xgraell@hotmail.com

CP63 Alternativa no quirúrgica en el entropión de párpado inferior. Nuestra experiencia con Toxina Botulínica

Dra. Tizana Marchino Aguilar, Dra. M.ª del Carmen del Águila Trueba

Objetivos: Describir nuestra experiencia en la aplicación de toxina botulínica como tratamiento alternativo temporal en el entropión involutivo.

Casos clínicos: Presentamos 5 casos clínicos con diagnóstico de entropión involutivo unilateral. Tres de nuestros pacientes presentaban enfermedades sistémicas que contraindicaban procedimientos quirúrgicos. Los dos restantes rechazaron cirugía palpebral. En los 5 casos, se aplicó la neurotoxina en 5 puntos, 3 a nivel de músculo orbicular pretarsal y 2 puntos en músculo orbicular preseptal medial y lateral. En cada punto, se aplicaron entre 2 y 2.5 unidades de toxina botulínica. Se realizó retratamiento entre los 3 y 5 meses de seguimiento. El seguimiento medio de nuestros casos fue de 2 años. Se obtuvo resolución temporal del entropión en todos nuestros casos.

Discusión y Conclusiones: Demostramos mediante la presentación de nuestros casos, que la Toxina Botulínica es una buena opción terapéutica en el entropión involutivo. A pesar de su efecto temporal, puede ser una buena alternativa en aquellos casos en los que la cirugía de malposición palpebral está contraindicada por causas sistémicas o por negativa del paciente.

E-mail autor: tizana@hotmail.com

CP64 Variaciones en altura de párpado superior e inferior asociada a cirugía de cataratas

Dra. Victoria Marques Fernández, Dra. María García Zamora, Dra. Alicia Galindo Ferreiro, Dra. María Calabuig Goena

Objetivos: Demostrar que la cirugía de cataratas produce una variación en altura de párpado superior e inferior.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional descriptivo longitudinal de incidencia con casos consecutivos de pacientes sometidos a cirugía de catarata en el servicio de Oftalmología de un hospital de tercer nivel entre enero y mayo de 2017. Evaluaremos la modificación en la altura del párpado de una forma ob-

jetiva, midiendo el MRD (distancia margen-reflejo) 1 y MRD 2 en el preoperatorio inmediato, días 1, 30, 90 y 180. Las mediciones se toman a partir de fotografías que se transfieren a un procesador científico de imágenes Image J (FIJI 1.46r, revised edition).

Se analizan también los datos demográficos de cada paciente y datos relativos a la cirugía (tipo de intervención, tipo de anestesia, tipo de incisión, tiempo quirúrgico y complicaciones intra o postquirúrgicas).

Resultados: 99 pacientes operados de cataratas fueron incluidos hasta el momento (marzo 2017). La media de edad es de $65\pm 6,7$ años, 63 de los pacientes son mujeres y 56 son ojos izquierdos. La media del MRD1 preoperatorio es de $3,016\pm 0,89$, en el día 1 postoperatorio desciende a $2,58\pm 0,93$ mm y al mes de la cirugía es de $2,5\pm 0,97$ mm ($p=0,01$). La media del MRD2 preoperatorio es de $4,95\pm 1,0$, en el día 1 postoperatorio aumenta a $5,08\pm 1,08$ mm y al mes de la cirugía de $5,16\pm 1,04$ mm ($p=0,12$). Hay una relación significativa, $p<0,01$, del MRD1 con el tiempo de blefarostato y tiempo de cirugía empleados.

Conclusiones: La cirugía de cataratas induce una ptosis del párpado superior en el postoperatorio inmediato que se mantiene al mes del postoperatorio. Esta variación del MRD1 se asocia al tiempo de cirugía y al tiempo de uso del blefarostato. El incremento del MRD2 no es significativo al mes.

E-mail autor: victoriamarquesfernandez@gmail.com

CP65 Lo que el chalazión esconde...

Dr. Ignacio Molina Leyva, Dra. Irene García del Moral, Dra. Irene Temblador Barba, Dr. Carlos Gálvez Prieto-Moreno

Objetivos: Advertir sobre una patología rara y de gran potencial maligno, cuyo comportamiento clínico puede pasar desapercibido y encubrirse por la similitud con el chalazión.

Caso clínico: Paciente mujer de 73 años remitida a nuestro hospital por tumoración párpado superior de ojo izquierdo de más de un año de evolución que no mejora con tratamiento médico. Entre los antecedentes destaca masa parotídea no dolorosa pendiente de biopsia por otorrinolaringología.

En la exploración se aprecia una masa que ocupa tercio externo del párpado superior, de consistencia dura y no dolorosa a la palpación. La paciente fue diagnosticada de chalazión y remitida para extirpación en quirófano.

El día de la intervención se aprecia aumento del tamaño de la lesión y ulceración de la misma, optando por la biopsia incisional, que demostró la existencia de un carcinoma de glándulas sebáceas. En un segundo acto quirúrgico se procedió a la resección con márgenes de 4mm, extirpando los dos tercios externos del párpado superior, y programando la reconstrucción en un segundo tiempo tras confirma-

ción anatomopatológica de márgenes libres. Para la reconstrucción se empleó la técnica de Cutler-Beard.

Discusión: La elevada prevalencia de chalazion en la clínica hace que frecuentemente no se preste atención a esta patología.

El carcinoma sebáceo es un tumor maligno, poco frecuente y que por su curso clínico puede confundirse fácilmente con un chalazión recurrente. Tiene un comportamiento biológico agresivo con gran capacidad de destrucción local, tendencia a la recurrencia y potencial metastásico.

Conclusiones: El tratamiento de elección del carcinoma sebáceo es la extirpación quirúrgica, con margen de seguridad oncológica, siendo pobre la respuesta a quimio y radioterapia. La técnica de Cutler-Beard se muestra como una técnica efectiva para la reconstrucción de tumores malignos del párpado superior, pudiendo asociarse a injerto de cartílago o esclera para prevenir el entropión postquirúrgico.

CP66 Reparación de canto medial con colgajo pediculado en isla

Dra. Ana Ortueta Olartecochea, Dr. Álvaro Bengoa González, Dra. Almudena de Pablo Cabrera, Dra. Silvia Pérez Trigo

Técnica quirúrgica: El colgajo pediculado en isla es una opción muy interesante para la reconstrucción del canto medial tras la escisión de lesiones tumorales a este nivel. Bajo anestesia local, se realiza un triángulo con base en el defecto que queremos reparar y de un tamaño similar al mismo. Este triángulo es separado por completo de la dermis y epidermis adyacente pero se mantiene un pedículo vascularizado que lo une al tejido subcutáneo profundo y que garantiza la viabilidad del colgajo y permite su movilización. El triángulo se avanza hasta el defecto quirúrgico quedando un defecto quirúrgico secundario en el vértice del triángulo. Se sutura el colgajo en isla y el defecto secundario con Prolene 6/0. La movilización del colgajo se debe hacer sin tensiones, por lo que es de vital importancia la correcta creación del pedículo; se debe reducir el tamaño del mismo, ya que esto facilita su movilización pero sin hacerlo en exceso porque al disminuirlo se reduce la viabilidad. Otro paso clave consiste en el adelgazamiento del colgajo, ya que la piel del canto medial es muy fina y si no se hiciera el colgajo quedaría abultado.

Indicaciones: El colgajo pediculado en isla se ha utilizado durante años para reconstrucciones faciales y es una alternativa muy interesante para lesiones en el canto medial tras resecciones tumorales con importante escisión de piel. Sus ventajas son que la zona donante es adyacente a la zona receptora, lo que disminuye el tiempo quirúrgico y minimiza la morbilidad al no tener que actuar sobre otras zonas. Además, el pedículo proporciona un buen aporte vascular lo que mejora la viabilidad del colgajo. La complicación más frecuente es un abultamiento del

colgajo con respecto a la piel adyacente por un mal drenaje linfático, esta complicación mejorar con el tiempo y con la realización de masajes. Se puede combinar con otros colgajos, como por ejemplo el glabellar, pudiendo así reparar lesiones más grandes.

Nivel de evidencia IV.

CP67 Colgajo bilobulado para la reconstrucción de canto lateral

Dra. Almudena de Pablo Cabrera, Dr. Álvaro Bengoa González, Dr. Enrique Mencía Gutiérrez, Dra. Ana Ortueta Olartecoechea

Objetivos: Describir la técnica de colgajo bilobulado para la reconstrucción de defectos del canto lateral.

Material y métodos: Se utilizó esta técnica para la reconstrucción de defectos del área cantal lateral de 3 pacientes. Se diseña un colgajo con dos lóbulos, con base superior en el borde lateral del defecto. El primer lóbulo se dibuja a unos 90° de angulación y con una longitud igual a la del defecto. El segundo lóbulo se dibuja a unos 180° con respecto al defecto, contiguo con el borde lateral del primer lóbulo, y ligeramente más estrecho que este. Los colgajos se elevan hasta su base disecando en el plano justo debajo del tejido adiposo, hasta lograr una buena movilidad. Posteriormente son transposicionados de forma que el primer lóbulo cubre el defecto, y en el lecho del segundo lóbulo se realiza un cierre primario.

Discusión: El principal objetivo de la reconstrucción de defectos palpebrales es la restauración funcional de los mismos, para preservar su función de protección del globo ocular y evitar complicaciones secundarias a la retracción de los tejidos. Se han descrito numerosas técnicas para la reconstrucción de esta región incluyendo cierre primario, colgajos de deslizamiento, en isla o injertos cutáneos. El colgajo bilobulado está descrito principalmente para la reconstrucción de defectos nasales y de región cantal medial, habiendo muy poca literatura sobre su uso para defectos de canto lateral. Como ventajas esta técnica ofrece una fuente directa de vascularización, a diferencia de los injertos, y permite una adecuada distribución de las fuerzas de tensión de la piel para evitar retracciones. Una buena planificación del colgajo permite camuflar las incisiones en las líneas cutáneas naturales del paciente. Como desventaja, un ángulo elevado de rotación puede resultar en deformidades.

Conclusión: Esta técnica debe tenerse en cuenta como opción terapéutica para la reconstrucción de defectos de canto lateral, obteniendo en nuestro caso un buen resultado.

E-mail autor: almu.depablo@gmail.com

CP68 Síndrome de Marín Amat: a propósito de dos casos

Dr. José Miguel Pérez Dieste, Dra. Carolina Sánchez Servate, Dra. María Asunción Castroviejo Bolibar

Objetivo: Incidir en la importancia de la exploración clínica en pacientes con paresia facial que presentan blefaroptosis.

Material y métodos: presentamos dos casos clínicos de sincinesia facial seguidos en nuestro centro.

Caso 1: Mujer de 39 años que sufrió una parálisis facial a frigore del lado izquierdo en 1998 tratada con electroestimulación. Presenta en reposo asimetría de pliegue palpebral, descendiendo el párpado a ptósico al sonreír.

Caso 2: Varón de 74 años remitido para valoración de ptosis palpebral. Presenta una blefaroptosis aponeurótica izquierda moderada, que empeora al sonreír o al apretar la mandíbula. Tiene una paresia facial izquierda de 50 años de evolución. Se objetiva hiperlaxitud palpebral. Se indica cirugía con re inserción de aponeurosis del músculo elevador del párpado superior (A-EPS).

Discusión: El síndrome de Marín Amat es una sincinesia facial adquirida poco frecuente, que se presenta en pacientes con paresia facial y como secuela de una parálisis facial periférica. Consiste en una sincinesia entre el V y el VII pares craneales y debe distinguirse de otras sincinesias como el fenómeno de Marcus Gunn y el Marcus Gunn invertido. Los pacientes presentan una ptosis que empeora al sonreír o al apretar los dientes. Revisando la mímica de nuestros pacientes hemos podido deducir que la reinervación aberrante es hacia orbicular pretarsal. Se ha propuesto como tratamiento la infiltración con toxina botulínica, la neurolisis o la miomectomía. Todos orientados a debilitar la musculatura de la mímica ya parética. Los pacientes suelen mantenerse estables y aprenden a convivir con su sincinesia.

Conclusiones: El síndrome de Marín Amat es una sincinesia facial adquirida entre los pares craneales V y VII tras una parálisis recuperada parcialmente. En nuestra opinión la inervación aberrante se establece hacia el orbicular pretarsal. En el caso de que tras años de evolución se empeore la ptosis, la re inserción de la A-EPS ofrece buenos resultados.

E-mail autor: josemiguel.perez@quironosalud.es

CP69 Carcinoma in situ de conjuntiva tarsal superior tratado con mitomicina tópica

Dra. Laura Porrúa Tubío, Dra. Ana Rosa Albandeja Jiménez, Dra. Nieves Alonso Formento, Dr. Francisco Arnalich Montiel

La patología neoplásica palpebral comprende un amplio abanico de lesiones de difícil identificación, haciéndose imprescindible el diagnóstico anatomopatológico. Y una vez hecho esto nos encontramos a menudo con un gran reto terapéutico por la elevada complejidad de las técnicas reconstructivas necesarias.

Presentamos un caso poco frecuente en cuanto al diagnóstico y la actitud/resultado terapéutico. Se trata de un paciente de 74 años con una lesión en párpado superior izquierdo de 8 meses de evolución. Se trataba de una lesión difusa que involucraba la totalidad del párpado, de bordes mal definidos, con ulceración, alteración del borde palpebral y fibrosis cicatricial en la conjuntiva tarsal.

La primera sospecha fue la de carcinoma sebáceo, ante lo cual realizamos varias biopsias hasta obtener un resultado concluyente, que fue «carcinoma in situ conjuntival con focos puntuales de carcinoma epidermoide infiltrativo».

El paciente rechazó la cirugía por su pluripatología y por problemas personales, por lo que solicitamos el empleo de Mitomicina tópica 0.02% para uso compasivo. Se pautó en una posología de tres veces al día en tres ciclos de dos semanas. Seis meses después del inicio del tratamiento el paciente ha mejorado hasta encontrarse asintomático y el aspecto de la conjuntiva se ha normalizado.

Este caso nos ha llamado la atención por dos motivos:

1. El debut de una neoplasia conjuntival intraepitelial como masa palpebral en la conjuntiva tarsal, simulando un sebáceo. Esto es extremadamente infrecuente, pues suelen presentarse en la conjuntiva bulbar interpalpebral, afectando a la zona limbar, por lo que queremos resaltar la importancia del diagnóstico anatomopatológico.
2. La excelente respuesta a la mitomicina tópica, a pesar de la gran extensión superficial y en profundidad, por lo que queremos impulsar la investigación en este tipo de quimioterapia tópica ante lesiones irsecables o en pacientes no aptos para cirugía.

CP70 Síndrome Oculoglandular de Parinaud. A propósito de un caso

Dra. Naiara Relayo Barambio, Dra. Mercè Salvat Serra, Dr. Pere Romero Aroca, Dr. Matías Almena García

Caso clínico: Paciente varón de 13 años que presenta edema de párpado superior en ojo Derecho de 3 días de evolución. En la anamnesis no destacan alergias medicamentosas ni otras enfermedades. En el hogar hay contacto con animales

domésticos. En la exploración se palpa adenopatía preauricular y submandibular derecha dolorosa. En la biomicroscopía se observa edema palpebral superior, con granuloma marcado en tercio lateral y medial de tarso superior. No hay hiperemia conjuntival. La córnea es transparente. Sin presencia de células en polo anterior. En el fondo de ojo no se observan alteraciones de nervio óptico, retina ni de la vascularización.

Discusión: Para plantear diagnóstico diferencial se deben descartar las distintas formas de conjuntivitis por la afectación palpebral. También hay que descartar causas de adenitis dolorosa como Mycobacterias, VEB... Se cursan: Radiografía de Tórax, prueba de tuberculina.

Ante la asociación de granuloma en conjuntiva tarsal junto con adenopatías preauriculares y de región submandibular, y reciente contacto con gatos, se decide descartar Síndrome Oculoglandular de Parinaud en contexto de Enfermedad por Arañazo de gato.

Se cursa biopsia de ganglio preauricular, analítica general, serología para Parotiditis y Bartonella Henselae.

Se decide tratamiento tópico con Tobradex c/6h, Azitromicina 500mg 10 días, Urbasón 40 mg iv. En el control a la semana el paciente presenta disminución de los granulomas tarsales y de las adenopatías.

Conclusiones: Dado los resultados negativos descartando otras patologías, la serología IgG positiva para Bartonella Henselae y la marcada mejoría de los signos oculares tras el tratamiento podemos afirmar que estamos ante una enfermedad por arañazo de gato, que ha cursado en forma de Sdr. Oculoglandular, sin presencia de neuroretinitis, iridociclitis u otras afectaciones oculares.

El nivel de evidencia científica de este trabajo es: IV.

E-mail autor: naiara.relanyo@gmail.com

CP71 La ezetimiba reduce los xantomas perioculares en la sitosterolemia

Dr. Jorge Rivera Salazar, Dr. Pablo Rivera Pérez de Rada, Dr. José Juan Valdés González, Dr. Miguel de Frutos León

Caso clínico: Paciente con xantomas perioculares de años de evolución, sobresalen en plano, los inferiores no móviles. RM no muestra extensión orbitaria. Antecedente de ángor inestable con enfermedad de tres vasos tratada con triple bypass. Hipercolesterolemia que no responde a estatinas, precisando resinolestiramina. Anemia normocítica leve con reticulocitosis e hiperbilirrubinemia indirecta y presencia de abundantes esferocitos y estomatocitos. Trombopenia, en frotis plaquetas grandes y no agregados plaquetarios, recuento real 80-100.00. Esplenomegalia y litiasis biliar.

Se intenta extirpación quirúrgica de xantomas, que infiltran área subdermica subpalpebral y malar bilateral, sin conseguirlo por infiltración difusa. Ante un aumento de lipoproteína a, macrotrombocitopenia, aterosclerosis precoz con hipercolesterolemia que no responde a tratamiento con estatinas, se plantea fitosterolemia. Encontrando niveles elevados de sitosterol y campesterol compatible con fitosterolemia.

Discusión: La combinación de hipercolesterolemia de larga evolución que no responde a las estatinas, angina de pecho, con triple bypass coronario a edad temprana, depósitos de colesterol en grandes vasos, xantomas en diferentes localizaciones, esferocitosis, trombopenia, esplenomegalia, hacen sospechar una sitosterolemia, confirmada por la analítica y el estudio genético. Se recomienda dieta baja en grasas vegetales y marisco. Se inicia tratamiento con Ezetimiba y resinas de ácidos biliares. El paciente muestra reducción progresiva de los niveles de sitosterol y campesterol. Los xantomas perioculares reducen progresivamente.

Conclusiones: La sitosterolemia es una hipercolesterolemia autosómica recesiva, produce aumento de absorción de esteroides vegetales y disminución de eliminación hepática. El fallo está en los genes ABCG5 Y ABC8 del cromosoma 2p. La ezetimiba inhibe el transportador Niemann-Pick C1-Like que es responsable de la recepción intestinal de colesterol y fitosteroides.

CP72 Xantogranulomatosis palpebral: uso de rituximab como alternativa eficaz al tratamiento esteroideo

Dr. Carlos Rodríguez Balsera, Dra. María Fernández García, Dra. Paloma Rozas Reyes

La xantogranulomatosis (XG) se presenta a nivel palpebral como una tumoración blanda, de límites imprecisos, coloración amarillenta pálida y con gran capacidad deformante.

Nuestro objetivo es demostrar los buenos resultados obtenidos con el anticuerpo monoclonal Rituximab (RB) en pacientes refractarios al tratamiento corticoideo y como ahorrador de estos, en casos donde largos periodos de tratamiento esteroideo pueden desencadenar efectos secundarios poco deseables.

Presentación del caso: Mujer de 42 años remitida a nuestro centro con diagnóstico de XG palpebral bilateral con afectación de glándulas lagrimales, de 15 años de evolución. Presenta alta resistencia a su tratamiento habitual (deflazacort 10 mg c/48h, Zamene®) y afectación psicológica por la grave repercusión estética. Además como efectos secundarios de su medicación iniciaba una catarata subcapsular posterior en ambos ojos.

Se propone tratamiento inmunosupresor con RB, realizándose un estudio completo para descartar infecciones intercurrentes, detectándose títulos positivos

para tuberculosis (tratada hace 23 años) que no requirió profilaxis. También se realizaron otras pruebas complementarias.

Previamente a comenzar con el tratamiento realizamos vacunación completa (hepatitis A y B, gripe, neumococo) y estudio analítico periódico una vez iniciada la pauta (375 mg/m² iv 4 semanas y posteriormente mantenimiento mensual).

Discusión: Se han descrito distintos tratamientos para los pacientes XG que van desde la cirugía al uso de radioterapia pasando por el tratamiento con corticoides que es probablemente el más extendido.

Conclusiones: El uso de RB para esta patología debe estar contemplado como «fuera de indicación» y es necesario el consentimiento informado por parte del paciente.

En nuestro caso el uso durante 6 meses ha mostrado una mejoría muy evidente de la clínica de la paciente pudiendo espaciar el tratamiento corticoideo, evitando así el aumento de complicaciones dado el carácter crónico de la patología.

E-mail autor: crbalsea@gmail.com

CP73 Imiquimod como coadyuvante en queratosis actínica extensa del párpado superior

Dra. M.ª Dolores Romero Caballero, Dr. Ignacio Lozano García, Dr. Juan Antonio Miralles de Imperial, Dr. Francisco José Pozo Lorenzo

Objetivo: Exponer los resultados obtenidos al año del tratamiento quirúrgico de una lesión palpebral tipificada mediante biopsia incisional como queratosis actínica, en la que se utilizó como tratamiento coadyuvante Imiquimod al 5% en crema.

Caso clínico: Varón, agricultor de 78 años, con lesión hiperqueratósica, descamativa y rugosa en casi toda la piel del párpado superior del ojo izquierdo. Además se observó zona exofítica en borde palpebral con produce roce al parpadeo, que es el motivo de consulta. Ante la extensión de la lesión se decide realizar biopsia incisional de la lesión exofítica del borde palpebral y reparación quirúrgica mediante colgajo cutáneo de avance en «H» a la espera de la anatomía patológica. La histología reveló una queratosis actínica, por lo que se decidió realizar tratamiento del resto de área de cancerización con un inmunomodulador, Imiquimod al 5% en crema.

Discusión: La queratosis actínica es un carcinoma espinocelular in situ con potencial de malignización. Aunque el tratamiento gold estándar es la cirugía excisional, en los párpados debemos ser más conservadores e individualizar el tratamiento. Ante los resultados histológicos se prefirió utilizar un tratamiento tópico con imiquimod, fármaco inmunomodulador, que produce apoptosis de células

tumorales debido al aumento de citocinas (TNF, IF-alfa...) actuando de forma efectiva en la lesión residual.

Conclusiones: Tras la revisión al año encontramos un párpado superior totalmente funcional, manteniéndose la remisión de la lesión en el área tratada.

E-mail autor: mdromero@um.es

CP74 Concordancia diagnóstica clínico-patológica de lesiones palpebrales en nuestro centro

Dra. M.ª Teresa Sarandeses Diez, Dra. Laura Martínez Pérez, Dr. José Manuel Abalo Lojo, Dr. Francisco González García

Objetivo: Describir la concordancia entre el diagnóstico clínico e histopatológico de las lesiones intervenidas de cirugía menor palpebral en nuestro centro.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo de lesiones extirpadas en el quirófano de cirugía menor en nuestro centro entre Octubre de 2013 y Febrero de 2016 a las que se le realizó estudio histopatológico. Se analizó: Edad, sexo, localización de la lesión, correspondencia clínico patológica, recidivas y márgenes de seguridad de la pieza.

Resultados: Se analizaron 85 lesiones de 84 pacientes (38 hombres, 46 mujeres) con una media de edad de 59,69 años (DS 1,76). En cuanto a la localización de las lesiones distinguimos lesiones en párpado inferior (PI n=32), párpado superior (PS n= 35), párpado superior e inferior (n=6) y canto interno (n=11). De ellas 31 en anexos de ojo derecho, 45 en ojo izquierdo y 9 en ambos ojos simultáneamente. La concordancia global entre el diagnóstico clínico y patológico fue substancial (Índice Kappa Cohen 0,66). Primaron las lesiones benignas (n=73) encontrándose también entidades premalignas (n=3). El carcinoma basocelular (n=7) y el epidermoide (n=2) fueron las tumoraciones malignas encontrados. En el subgrupo de lesiones malignas destaca una concordancia clínico-patológica del 33.33%. Entre éstas únicamente una lesión presentaba infiltración en sus márgenes.

Del total de las lesiones, en 2 casos se encontraron recidivas durante el año de seguimiento (1 cuerno cutáneo y 1 CA basocelular).

Conclusiones: Se encuentra un porcentaje de concordancia clínico patológica elevado en las lesiones palpebrales estudiadas en nuestro centro, sin embargo éste disminuye en el caso de lesiones malignas. Se pone de manifiesto la importancia del análisis patológico de las lesiones extirpadas en cirugía menor palpebral.

E-mail autor: teresa_sarandeses@hotmail.com