# XXVIII Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Plástica Ocular y Orbitaria

## Comunicaciones Rapid Fire con Panel

SECPOO
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PLÁSTICA OCULAR Y ORBITARIA

**Zaragoza 6-8 de junio de 2018**

**Auditorio de Zaragoza**

## ÓRBITA

### RF01 ¿Trombosis de la vena oftálmica superior primaria o secundaria?

*Dra. Lucía I. Santana García, Dra. Elena Pérez Díez, Dr. Álvaro Toribio García, Dra. Gloria Guerra Calleja*

**Introducción:** La trombosis de la vena oftálmica superior (TVOS) es una entidad poco frecuente, producida por patología infecciosa o inflamatoria de la órbita, traumatismo, neoplasias o estados de hipercoagulabilidad. Solamente dos casos han sido publicados en relación a orbitopatía tiroidea (OT) y su tratamiento no está aún bien definido.
**Caso clínico:** Paciente de 40 años que presenta exoftalmos unilateral, con antecedentes personales de hipertiroidismo tratado hace 6 años con Tiamizol. La exploración oftalmológica es normal, salvo una exoftalmometría de 19.5 en OD y 23.5 en OI a 114 mm. Se solicitan TAC orbitario urgente y angio-RMN, hallándose engrosamiento del músculo recto superior del OI que realza con contraste junto a la grasa retroorbitaria en la RMN. La vena oftálmica superior izquierda se encuentra aumentada de grosor, sin evidencia de flujo, sugiriendo trombosis de la misma. En la analítica, todos los parámetros son normales a excepción de unos anticuerpos anti-microsomales elevados. Se solicitó estudio de hipercoagulabilidad e interconsulta a hematología sin resultados significativos.
**Discusión:** A la vista de estos hallazgos, se platea el diagnóstico diferencial entre TVOS primaria con engrosamiento muscular secundario a estasis del flujo venoso versus TVOS secundaria a miositis orbitaria de posible etiología tiroidea y compresión de la vena. Se decide tratamiento con corticoterapia intravenosa: Metilprednisolona 500 mg, una dosis semanal durante 6 semanas, reduciendo a 250 mg otras 6 semanas. La respuesta fue favorable con disminución de la proptosis y del tamaño del recto superior, visualizándose recanalización venosa, dando el diagnóstico de TVOS secundaria a miositis orbitaria.
**Conclusión:** La OT debe formar parte del diagnóstico diferencial en un cuadro de TVOS asociado a proptosis, debiendo instaurarse corticoterapia endovenosa a dosis altas, considerando la descompresión orbitaria o la anticoagulación dependiendo de la etiología.

**E-mail autor:** luciasantana.med@gmail.com

## RF02 ¿Es reversible la periorbitopatía asociada a las prostaglandinas?

*Dr. José Manuel Abalo Lojo, Dra. María Teresa Sarandeses Diez, Dra. Aida Estévez Colmenero, Dr. Francisco González*

**Objetivos:** Los colirios de análogos de las prostaglandinas pueden producir alteraciones orbitarias como atrofia grasa orbitaria, profundización del surco palpebral superior, involución de la dermatocalasia, ptosis y enoftalmos. El objetivo del estudio fue analizar si los efectos adversos que producen los análogos de las prostaglandinas en los párpados y anejos son reversibles al retirar dichos fármacos.
**Tipo de estudio estadístico:** Estudio descriptivo (nivel IV de evidencia científica).
**Material:** Hemos evaluado un grupo de 9 pacientes con periorbitopatía asociada a prostaglandinas por estar a tratamiento con análogos de prostaglandinas en un solo ojo a los cuales se les cambio su tratamiento por otro alternativo sin la presencia de análogos de las prostaglandinas.
**Resultados:** Se evaluaron un total de 18 ojos de 9 pacientes con periorbitopatía asociada a prostaglandinas. En la mayoría se observó una mejoría de los signos de periorbitopatía asociada a las prostaglandinas a los 6 meses de retirar el tratamiento con análogos de las prostaglandinas. Se observó un relleno del surco palpebral superior, aparición de dermatocalasia y una mejoría de la atrofia grasa.
**Conclusiones:** Los signos de la periorbitopatía asociada a las prostaglandinas pueden mejorar al interrumpir el tratamiento con análogos de las prostaglandinas.

**E-mail autor:** jmabalolojo@yahoo.es

## RF03 Exenteración orbitaria ampliada en paciente con penfigoide cicatricial paraneoplásico

*Dra. María Alejandra Amesty, Dr. Jorge Alió del Barrio*

**Objetivo:** Describir las características clínicas e histopatológicas de un paciente con cicatrización conjuntival paraneoplásica en el contexto de un carcinoma basocelular orbitario que requiere exenteración.

**Caso clínico:** Paciente hombre de 79 años en seguimiento en la sección de segmento anterior por penfigoide ocular cicatricial asimétrico de más de 5 años de evolución, diagnosticado por biopsia conjuntival e inmunofluorescencia, con mayor afectación de su OI. Es remitido a la sección de oculoplastia para tratar simblefaron severo, entropión y triquiasis de su OI, procedimiento que se realiza sin complicaciones utilizando injerto de mucosa oral.

A los 10 meses, debido al empeoramiento de su enfermedad ocular vuelve a nuestras consultas identificando una masa orbitaria de consistencia dura a la palpación en la región superomedial de la órbita izquierda, acompañada de eritema palpebral y ulceración y hemorragia en la piel adyacente.

Como antecedente de interés, el paciente comenta que se le había extirpado un tumor en la punta de la nariz 5 años antes y tras solicitar biopsia al hospital de origen se descubre que se trataba de un carcinoma basocelular. La biopsia de la piel ulcerada resulta positiva y en el TC se objetiva invasión orbitaria y frontoetmoidal izquierda.

Se realiza exenteración orbitaria izquierda ampliada con frontoetmoidectomía para eliminar todo el tejido tumoral y se plantea radioterapia postquirúrgica.

Tras un año de seguimiento no se demuestra recidiva tumoral y el paciente sigue controles periódicos para detectar posibles complicaciones o recidivas.

**Conclusiones:** La patología tumoral maligna subyacente debería de ser sospechada y descartada en todo paciente con conjuntivitis cicatrizante. La biopsia de conjuntiva o de piel puede ayudar a esclarecer el diagnóstico de esta condición paraneoplásica. La identificación de la localización y el tipo de tumor causante de esta reacción inmunológica resulta imprescindible en estos casos.

**E-mail autor:** aleamesty@gmail.com

## RF04 Histiocitosis de células de Langerhans orbitaria, a propósito de un caso

*Dra. Mónica Bergés Martí, Dr. Eric Kirkegaard Biosca, Dr. Tirso Alonso Alonso, Dr. Miguel Ángel Arcediano Sánchez*

**Objetivo:** Presentación de un caso de una Histiocitosis de células de Langerhans en la infancia con clínica de debut orbitaria.
**Caso clínico:** Se presenta el caso de un varón de 5 años, remitido por edema palpebral superior y exoftalmos del ojo izquierdo de 1 mes de evolución con dolor ocular asociado. Mediante el estudio de imagen (TC y RMN de órbita) se constató la presencia de una lesión osteolítica expansiva en órbita anterosuperior izquierda. Se realizó una biopsia incisional a través de una orbitotomía lateral que dio el diagnóstico anatomopatológico de histiocitosis de Langerhans. Posteriormente se procedió al estudio sistémico que rebeló diversas lesiones metastásicas a nivel óseo. Dada la extensión se decidió iniciar tratamiento con quimioterapia, remitiendo completamente la enfermedad.
**Discusión:** La histiocitosis de células de Langerhans es una causa infrecuente de tumor orbitario. Es una enfermedad caracterizada por la proliferación clonal de células de Langerhans, que expresan el marcador CD1 y contienen gránulos de Birbeck, lo cual contribuye al diagnóstico anatomopatológico. Dichas células pueden infiltrar diversos órganos, por lo cual, una vez realizado en diagnóstico histológico, es importante la estadificación de la enfermedad para decidir el tratamiento que se va a realizar que puede ir desde la extirpación de la lesión quirúrgicamente a la quimioterapia.
**Conclusiones:** Ante una lesión tumoral orbitaria en la infancia se debe incluir en el diagnóstico diferencial la histiocitosis de células de Langerhans. Debe sospecharse su existencia ante un exoftalmos de reciente aparición y la presencia de una lesión osteolitica a nivel orbitario. Es obligado el estudio de extensión en todos los pacientes a fin de descartar enfermedad sistémica para realizar el tratamiento más adecuado según el estadio de la enfermedad.

**E-mail autor:** monicabergesmarti@gmail.com

## RF05 Linfoma T/NK extraganglionar tipo nasal intraorbitario: caso clínico y revisión de la literatura

*Dr. Bruno Casco Silva, Dra. Famara Doblado Serrano, Dra. Rocío Traspas Tejero, Dra. Isabel Fesser Oroz*

**Propósito:** Describir un caso de tumor orbitario diagnosticado de Linfoma T/NK (LT/NK) extraganglionar tipo nasal tratado con quimioterapia y radioterapia orbitaria.

**Caso clínico:** El LT/NK extraganglionar tipo nasal es infrecuente y suele afectar a estructuras extraganglionares, como el tracto aerodigestivo superior (fosas nasales, nasofaringe, orofaringe, cavidad oral, paladar, senos paranasales), el tracto gastrointestinal, la piel y los testículos. Paciente de 75 años con antecedente de Sd. de Sjogren primario, Artritis reumatoide, Gammapatía Monoclonal de significado incierto tipo IgG Kappa y Colitis inespecífica. Acude a urgencias con síntomas de ojo rojo izquierdo, proptosis y diplopía. La tomografía de orbita se observó aumento de captación y tamaño de la glándula lacrimal izquierda (GLI), aumento de tamaño sin aumento de la captación de contraste de los músculos extraoculares y aumento de trabeculación de la grasa intraconal. Tras mejoría parcial a pesar de tratamiento con antibióticos intravenosos (IV) y con corticoides IV, se decide realizar biopsia de GLI con resultado de hiperplasia linfoide orbitaria. Tras segunda biopsia orbitaria se llega al diagnóstico de LT/NK EXTRAGANGLIONAR, DE TIPO NASAL. fenotipo del tumor es CD20-, CD3+, PAX5-, CD4-, CD8+, Bcl2-, Bcl6-, MUM1-, CD56-CR-beta+, granzima B+, TIA1+, CD30-, EBV (EBER)+ y muestran un moderado índice proliferativo medido con el Ki-67. Reordenamiento del gen IgH policlonal y del gen TCRG monoclonal. Confirmada en biopsia de médula ósea. El estudio de extensión no mostró enfermedad a distancia. Se trató con poliquimioterapia seguida de radioterapia secuencial. Tras 2 años, la paciente presenta madarosis y xeroftalmia secundarios a radioterapia. La diplopía y la proptosis han remitido.

**Discusión y conclusión:** Las lesiones ocupantes de espacio orbitaria incluyen un amplio especto de etiologías tanto infecciosas, inflamatorias y tumorales. El linfoma orbitario es infrecuente y de difícil diagnóstico.

**E-mail autor:** brunocascosilva@gmail.com

## RF06 Alteración de la sensibilidad al contraste medida con FACT en Orbitopatía Tiroidea (OT) leve y moderada-severa: implicaciones clínicas

*Dra. Isabel Cid García, Dra. Marta Pérez López, Dr. Aitor Lanzagorta Aresti, Dr. Santiago García-Lázaro*

**Objetivo:** Comparar los valores de sensibilidad al contraste (SC) en pacientes con OT Inactiva leve y moderado-severa (EUGOGO) con los de un grupo control de pacientes sanos.
**Estudio estadístico:** Estudio prospectivo caso-control. Nivel III.
**Material y métodos:** Estudio prospectivo 29 pacientes diagnosticados de OT derivados a nuestro centro para tratamiento. Se realizó estudio de SC con Functional Acuity Contrast Test (FACT) en condiciones fotópicas y mesópicas previo al tratamiento quirúrgico rehabilitador encontrándose todos los pacientes eutiroideos e inactivos durante al menos 6 meses previos a la evaluación. Se recogieron datos de mejor agudeza visual corregida, SC FACT. Las mismas medidas fueron evaluadas en un grupo control de pacientes sanos.
**Discusión:** 58 ojos de 29 pacientes fueron incluidos en el estudio. La edad media fue de 49,83 años (DS 11.02). Todos los pacientes presentaban OT inactiva. En los pacientes con OT moderado-severa (32 ojos) la SC FACT, en condiciones fotópicas y escotópicas, obtuvo un valor medio (logCS) para las frecuencias espaciales de 1.5 ,3,6,12 y 18 ciclos por grado (cpg) que resultó significativamente menor ( $p< 0.001$ U Mann-Whitney ) que los valores obtenidos en el grupo control en todas las frecuencias espaciales. En fotópico resultó una reducción de la SC mayor del 60% en las frecuencias 12 y 18cpg. En mesópico, la reducción mayor del 60% fue en 6 cpg y mayor del 90% en 12 y 18cpg. La SC FACT fue significativamente menor en condiciones fotópicas y escotópicas en los pacientes con OT leve (26 ojos) comparado con los controles ($p< 0.001$ U Mann-Whitney) resultando una reducción mayor del 60% solo en 18cpg en fotópico y mayor del 70% en 6 y 12cpg en mesópico. Se realizó correlación con parámetros clínicos.
**Conclusiones:** La significativa reducción de la SC en condiciones fotópicas y mesópicas en pacientes con OT leve y moderado-severa explica las dificultades visuales reportadas por los pacientes independientes de la AVMC

**E-mail autor:** iscidgar@gmail.com

## RF07 Enfermedad IgG4 en edad pediátrica

*Dra. María Encarnación Correa Pérez, Dra. Johana Catalina Arboleda Hurtado, Dr. Ramón Medel Jiménez*

**Objetivo:** Describir la enfermedad relacionada con IgG4 en edad pediátrica como posible causa de inflamación de las estructuras oculares y orbitarias.
**Caso clínico:** Presentamos el caso de un niño de 3 años con historia de ojo izquierdo rojo, sin traumatismo ni clínica sistémica 4 meses antes de acudir a nuestro centro. Tratado con antibióticos tópicos, precisó después tratamiento intravenoso por evolución a panuveitis. En el estudio sistémico destacó únicamente nivel sérico de IgG4 elevado sin foco endógeno localizable. Fue tratado con antibióticos y corticoides sistémicos sin éxito, evolucionando a la phitis bulbi. Seis meses después se realizó evisceración y estudio anatomopatológico que confirmó un incremento de IgG4 tisular.
**Discusión:** La enfermedad relacionada con IgG4 se ha descrito recientemente, desconociéndose aún mucho sobre ella. Se caracteriza por lesiones infiltrativas linfoplasmacitarias e inflamación que se ha visto puede afectar a distintos órganos, incluyendo glándula lagrimal, orbita y más recientemente intraocular. Nuestro paciente cumple los criterios actuales diagnósticos de enfermedad relacionada con IgG4 definidos por Umehara H. en 2012: presenta inflamación en un órgano (ojo), niveles séricos ≥ 135 mgr/dl e infiltrado moderado linfoplasmocitario con relación IgG4+/IgG del 40%. Dicha afectación oftalmológica se conoce en adultos, habiéndose descrito únicamente 3 casos orbitarios en niños. Bajo nuestro conocimiento, este es el primer caso reportado de afectación intraocular en edad infantil.
**Conclusiones:** La enfermedad relacionada con IgG4 ha sido descrita en los últimos años y basándonos tanto en el aumento de los casos oftalmológicos diagnosticados como en el progresivo mayor conocimiento de la misma, consideramos fundamental que se incluya como posible diagnóstico diferencial en inflamación orbitaria y ocular, también en edad pediátrica.
Nivel de evidencia: III (Estudio Descriptivo No Experimental).

## RF08 Fístula carótido cavernosa indirecta: la gran simuladora

*Dra. Famara Doblado Serrano, Dr. Bruno Casco Silva, Dra. Rocío Traspas Tejero, Dra. Isabel Fesser Oroz*

**Propósito:** Describir un caso de fístula carótido cavernosa indirecta y revisión bibliográfica de su manejo y diagnóstico, revelando la manifestación clínica simuladora de otras patologías oftalmológicas que puede presentar la fistula de bajo flujo en el período inicial de desarrollo de la patología.
**Método:** Descripción de caso clínico.
**Resultados:** La fístula carótido-cavernosa indirecta es un trastorno de baja incidencia y alta morbilidad, que aparece por la formación de una comunicación anómala entre el seno cavernoso y la arteria carótida, produciéndose un aumento de la presión venosa en el seno y las estructuras que drenan en él. Entre sus signos y síntomas se encuentran hiperemia conjuntival, proptosis, soplo, inyección canal de Snhlemm, oftalmoplejía, PIO elevada, quemosis moderada.
Presentamos un caso estudiado en el servicio de Oftalmología, detallando su primer contacto en urgencias, evolución y desarrollo de la enfermedad, así como la batería de pruebas complementarias que se realizaron y arsenal terapéutico empleado. Por último, realizaremos una breve discusión del caso, y de las posibilidades diagnósticas que se fueron descartando paulatinamente a lo largo de su evolución.
En el caso de nuestra paciente nos enfrentamos a una fístula carótido-cavernosa de bajo flujo, este tipo de fístula se caracteriza por manifestar una clínica inicial muy sutil, lo que produjo mucha dificultad en el diagnóstico desde un primer momento, por ello es muy importante tener un alto índice de sospecha ya que puede estar infradiagnosticada en fases iniciales de la enfermedad.
**Conclusión:** La fístula carótido-cavernosa indirecta es un trastorno infrecuente con alta morbi-mortalidad lo que requieren un alto índice de sospecha, diagnóstico acertado y tratamiento dirigido y específico.

**E-mail autor:** famaradoblado@gmail.com

## RF09 Tratamiento de linfoma orbitario de células grandes tipo B

*Dra. Laura Escudero Bodenlle, Dr. Martín Devoto, Dra. Mariel Flores*

Paciente mujer de 62 años, consulta por tumefacción en zona de bolsa medial de párpado superior del ojo izquierdo Refiere su presencia desde hace 2 meses con crecimiento progresivo durante este periodo, provocándole dificultad para la apertura palpebral. Niega otros síntomas sistémicos.
Dada la localización y las características de la masa en el TAC realizado, el diagnóstico de presunción es de Schwanoma. Se propone orbitotomía diagnóstica con abordaje externo, consiguiéndose en el mismo acto quirúrgico la extirpación completa del tumor, el cual se encontraba adherido al músculo de Muller y al músculo elevador del párpado superior (se adjunta vídeo de la cirugía). La paciente presenta un postoperatorio satisfactorio tanto a nivel funcional como estético. El resultado de la biopsia es: linfoma de células grandes tipo b con fenotipo de células post germinal (considerado un subtipo agresivo dentro de los linfomas B). Dada la ausencia de afectación sistémica y la exéresis completa del tumor, el servicio de oncología no recomienda tratamiento coadyuvante, que sí suele ser necesario en gran número de casos, consistiendo este en la aplicación de radioterapia en el área tumoral y quimioterapia R-CHOP (se adjunta vídeo y fotos pre y post cirugía).

**E-mail autor:** laura.escudero.b@gmail.com

## RF10 Recidiva de linfoma no-Hodgkin de células del manto variante blástica: masa infraorbitaria

*Dra. Assumpció Gorro Miró, Dra. Enara Etxabe Agirre, Dra. Raquel Bañón Navarro, Dr. Francisco Ramos Martí*

**Objetivos:** El linfoma no-Hodgkin de células del manto representa el 4-9% de los linfomas no-Hodgkin. Es más frecuente en hombres mayores de 60 años. Existen dos variantes, una clásica indolente y otra blástica de mayor agresividad pero con mayor refractariedad al tratamiento y supervivencia corta. Las afectaciones extranodales más frecuentes son tracto gastrointestinal, hígado, piel, glándulas lagrimales y SNC.
**Material:** Descripción de un caso clínico.
**Caso clínico:** Mujer de 78 años que acude al servicio de urgencias por presentar edema palpebral y secreción en ojo izquierdo de una semana de evolución sin mejoría con colirio antibiótico. Como antecedentes patológicos de interés está en seguimiento por un linfoma no-Hodgkin de células del manto en remisión completa, hipertensión arterial y artrosis. A la exploración presenta una masa orbitaria inferior a globo ocular, no dolorosa, hipertropia en posición primaria de la mirada y movimientos oculares conservados sin diplopía. En la biomicroscopía presenta quemosis conjuntival sin hiperemia con normalidad del resto del polo anterior y fondo de ojo. Tras estudios de imagen con ecografía orbitaria y resonancia magnética con contraste se evidencia una masa intraorbitaria ínfero-temporal, extra e intraconal, vascularizada que no depende de la glándula lagrimal, sugestiva de linfoma. Se confirma el diagnóstico con una biopsia. La paciente presenta un aumento de la masa y el edema palpebral con una leve restricción a la abducción y elevación. Existe desaparición completa de la masa a los 4 meses del inicio del tratamiento.
**Discusión:** En una masa orbitaria en el contexto de enfermedad oncológica, el primer diagnóstico a descartar es una recidiva de la misma.
Conclusiones: Ante la agresividad de la enfermedad y la refractariedad al tratamiento, el diagnóstico precoz es esencial para un tratamiento precoz aunque con toxicidad aceptable ya que no se ha demostrado la curación con ningún esquema quimioterápico.

**E-mail autor:** assumg@gmail.com

## RF11 Enfermedad inflamatoria orbitaria. Serie de casos y revisión

*Dra. Jessica Matas, Dr. Gerard Espinosa, Dr. José Hernández, Dra. Mª Teresa Carrión Donderis, Dr. Santiago Ortiz Pérez*

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes con enfermedad inflamatoria de la órbita
**Tipo de estudio estadístico:** Estudio retrospectivo de una serie de casos clínicos
**Material y métodos:** Revisión de casos atendidos en un hospital de referencia. Identificamos 24 casos y analizamos epidemiología, clínica, diagnóstico, tratamiento y evolución
**Discusión:** El 54,16% de pacientes fueron hombres y la edad media fue de 55,2 años (24 a 91).El 79,16% fueron unilaterales. En el 66,6% la forma de presentación fue subaguda, y los signos clínicos predominantes fueron: dolor (52%), afectación de glándula lagrimal (28%) y diplopía (24%). Otros signos clínicos fueron: disminución de la agudeza visual (n=4), edema (n=4), proptosis (n=3), ptosis (n=1) y retracción palpebral (n=1). La neuroimagen evidenció aumento de glándula lagrimal (33,33%), de la musculatura extraocular (20,83%), del ápex orbitario (16,66%), de la grasa orbitaria (12,5%), y presencia de masa focal (12,5%). En el 79,16% se diagnosticó inflamación orbitaria idiopática (IOI). Otras causas fueron enfermedad por IgG4 (n=3), granulomatosis con poliangeitis (n=1) e inflamación secundaria a Ipilimumab (n=1). En el 41,66% se realizó biopsia que evidenció infiltrado inflamatorio inespecífico, un paciente presentó infiltrado de células IgG4. En el 58,33% se inició tratamiento con corticoides y sólo una paciente presentó mala evolución, con inflamación prolongada y fibrosis con retracción palpebral severa.
**Conclusiones:** Los resultados obtenidos en nuestra serie se corresponden con lo publicado. La forma de presentación más frecuente de IOI es unilateral, de forma aguda o subaguda, entre los 30 y los 60 años. Aunque la IOI está descrita como la masa más prevalente de la órbita, el diagnóstico puede resultar difícil a causa de la variabilidad clínica y de la etiopatogenia desconocida, y requiere de un diagnóstico de exclusión.
Evidencia científica: 4.

**E-mail autor:** matas.jessica@gmail.com

## RF12 Xantogranuloma orbitario de inicio de en el adulto como causa de inflamación palpebral recidivante

*Dra. Elena Navarro Hernández, Dr. Antonio Hernández Pons, Dr. Santiago Montolío Marzo, Dra. Marta Pérez López*

**Caso clínico:** Mujer de 43 años que acude por engrosamiento subcutáneo en párpado superior derecho (PSD) tras 2 blefaroplastias estéticas previas. A la exploración se palpa en el PSD a nivel subcutáneo una masa dura no dolorosa que se extiende a lo largo de la cicatriz de la cirugía, no adherida a plano profundo. La RMN evidencia un engrosamiento difuso de partes blandas compatible con tejido cicatricial. En el seguimiento la paciente desarrolla un episodio de inflamación aguda preseptal de párpado superior e inferior con aumento de la masa subcutánea que aparece endurecida. La tomografía computarizada muestra infiltración pre-septal. Se programa biopsia orbitaria anterior que muestra una proliferación difusa de histiocitos xantomizados asociados a linfocitos maduros y a células de Touton, confirmándose el diagnóstico de xantogranuloma histiocítico. El estudio sistémico fue negativo y la paciente se encuentra asintomática. Fotos antiguas mostraron tinción anaranjada de párpado superior previa a las blefaroplastias estéticas.

**Discusión:** Las enfermedades xantogranulomatosas orbitarias en el adulto comprenden un heterogéneo grupo de enfermedades con desórdenes inflamatorios idiopáticos. Se clasifican en: xantogranuloma histiocítico de inicio en el adulto, xantogranuloma periocular asociado con asma, xantogranuloma necrobiótico y enfermedad de Erdheim-Chester. Todas incluyen lesiones inflamatorias orbitarias o perioculares, asociadas típicamente a nódulos amarillentos a nivel subcutáneo.

**Conclusión:** Los xantogranulomas perioculares/orbitarios, a veces considerados «xantelasmas malignos», son una entidad rara potencialmente grave con posible asociación a otras condiciones sistémicas. El oftalmólogo debe de estar familiarizado con esta enfermedad siendo recomendable el análisis histológico de las lesiones que clínicamente pueden aparecer como xantelasmas ordinarios.

**E-mail autor:** akiestoyo@hotmail.com

## RF13 Pre-ptisis bulbi secundaria a embolización arterial de meningioma cerebral. A propósito de un caso

*Dr. Álvaro Rodríguez Castelblanco, Dra. Elena Pérez Díez, Dr. Felipe Costales Mier, Dr. Álvaro Toribio García*

**Objetivos:** Describir el caso, manejo efectuado, potenciales mecanismos etiopatogénicos, y alguna medida precautoria para evitar esta complicación.
**Caso clínico:** Mujer de 78 años con glaucoma bilateral avanzado en tratamiento y meningioma parasagital izquierdo que recibió embolización arterial (EA) como preparación pre-quirúrgica, comenzando a las horas cuadro de visión borrosa y molestias en ojo derecho, cuya exploración mostraba AV de no percepción de luz, hipotonía extrema, córnea con edema estromal y erosión epitelial que imposibilitó realización de FO, inyección conjuntival mixta y limitación en la abducción. AngioTAC de urgencias: sin signos de perforación ocular, obstrucción incompleta de la arteria oftálmica (AO) derecha, compatible con cuadro pre-ptísico descrito. Se instaura tratamiento con corticoides y relleno de cámara anterior (RCA) con viscoelástico. La paciente evoluciona con PIOs estables, córnea transparente, sin hiperemia conjuntival ni dolor.
**Discusión:** En un ojo con glaucoma avanzado, la falta de irrigación puede llevar a la ptisis. La EA se realizó desde la arteria carótida externa (ACE) y vertebral con microesferas de 200 um, tamaño suficiente como para obstruir el lumen de la AO. La obstrucción pudo darse por anastomosis entre la ACE e interna o desde la misma arteria vertebral. La presencia de un blush coroideo al inyectar contraste en la ACE, es un signo indirecto de anastomosis con la circulación carotidea interna.
El manejo habitual de la ptisis bubli es la enucleación, sin embargo, en ojos que conservan algo de funcionalidad, el RCA podría usarse como medida puente, previo a la cirugía.
**Conclusiones:** A pesar de ser relativamente segura, la EA puede presentar complicaciones como la aquí descrita, es importante tener presente el signo del blush coroideo previo a la embolización de la ACE y evitarla en caso de existir.
El RCA resultó ser una medida paliativa, eficaz y estética, que se debe tenerse presente previo a la enucleación.
(Nivel de evidencia: IV)

**E-mail autor:** dr.alvarorc@gmail.com

## PÁRPADOS

### RF14 Colgajo tarsoconjuntival de Hughes como tratamiento de escleromalacia tras infección ocular grave

*Dra. María Alejandra Amesty, Dr. Pedro Amat*

Presentamos el caso de una mujer de 70 años remitida para valorar evisceración del OI por dolor crónico asociado a ptisis bulbi. Como antecedente había sido tratada de desprendimiento de retina con cerclaje. Un año más tarde acude a consultas por presentar dolor ocular severo en OI con secreción purulenta abundante. Además presenta desestructuración de la anatomía del tercio externo del párpado inferior del OI en la misma región donde se identifica exposición del cerclaje (en región inferotemporal del OI). Se toman muestras de las secreciones para cultivo y se identifica causante de la infección, siendo intervenida para retirar cerclaje y aplicar antibioterapia local y sistémica según antibiograma. Debajo del cerclaje se evidencia área de escleromalacia muy extensa. La paciente es remitida para reconstrucción palpebral y conjuntival del área expuesta. Se propone evisceración y la paciente rechaza dicha posibilidad de manera rotunda. Por ello se trata con colgajo tarso-conjuntival de Hughes desde tercio externo del párpado superior y se sutura al tarso del párpado inferior, anclando el borde tarsal lateral del colgajo al periostio. Posteriormente para reconstruir la lámina anterior se realiza una suspensión del orbicular tipo Hamra y se sutura la piel reconstruyendo el canto lateral. La paciente es valorada 2 meses más tarde y se encuentra asintomática sin dolor ni molestias en OI con mejoría de la escleromalacia. Se evidencia una recuperación total de la integridad y de la anatomía del globo ocular, así como la remisión del dolor. Conclusión: El colgajo de Hughes se utiliza habitualmente en la reconstrucción palpebral asociado a injerto o colgajo de lámina anterior. En este caso se identifican dos ventajas de este tipo de colgajos tarsoconjuntivales, un beneficio anatómico-reconstructivo y otro beneficio funcional-regenerativo, ya que las propiedades de la conjuntiva con un pedículo vascularizado muestra regresión de la extensa zona de escleromalacia identificada.

**E-mail autor:** aleamesty@gmail.com

## RF15 No todo es lo que parece. A propósito de un caso de Leishmania

*Dra. Johana Catalina Arboleda Hurtado, Dra. María Encarnación Correa Pérez, Dra. Luz María Vásquez González, Dr. Ramón Medel Jiménez*

**Objetivo:** Recordar la importancia del análisis histopatológico en lesiones palpebrales.
**Caso clínico:** Paciente masculino de 74 años, sastre de oficio y residente en Islas Baleares .Consultó a nuestro departamento de oculoplástica por lesión en parpado superior izquierdo de 3 meses de evolución con crecimiento lento y prurito ocasional sin otros síntomas. Antecedentes de glaucoma controlado sin otros antecedentes patológicos. A la exploración se evidenció en tercio medial de parpado superior izquierdo una lesión nodular de 10 x10 mm de consistencia cauchosa, con queratina en su superficie, sin telangiectasias ni ulceración, no dolorosa a la palpación .Sin otras lesiones sospechosas en párpados. El resto de exploración oftalmológica fue anodina. Se hace biopsia excisional con anatomía patológica que reportó estructuras intracitoplasmáticas características de Leishmania con ausencia de signos de malignidad. Se inició tratamiento con antimoniato de meglumina intralesional (en área de exceresis de lesión) mensual durante 2 meses .Con control 6 y 12 semanas post tratamiento sin evidencia de recidiva de lesión.
**Discusión:** En España la leishmania es una enfermedad de declaración obligatoria siendo Aragón, Baleares y Cataluña las comunidades más afectadas. A nivel palpebral presenta una menor incidencia. Solo el 2-5% de lesiones cutáneas faciales se localizan en los párpados y pueden simular lesiones benignas (nódulo bacteriano, chalazión o dacriocistitis) lo que dificulta su diagnóstico en áreas no endémicas generando complicaciones (entropión, triquiasis, afectación del punto lagrimal, conjuntivitis, queratitis intersticial) con riesgo potencial de ceguera.
**Conclusiones:** El análisis histopatológico es imprescindible para todo tipo de lesiones. En nuestro caso un diagnóstico oportuno en una lesión inicialmente no sospechosa de leishmania permitió un tratamiento más riguroso a fin de evitar complicaciones de una enfermedad olvidada en áreas no endémicas.

**E-mail autor:** catalina.arboleda@gmail.com

## RF16 Manejo de la ptosis del párpado superior en la fibrosis oculomotora congénita

*Dra. María Encarnación Correa Pérez, Dra. Johana Catalina Arboleda Hurtado, Dra. Ana Wert Espinosa, Dra. Eva Ayala Barroso*

**Objetivos:** Describir el manejo adecuado de la ptosis del párpado superior en la fibrosis oculomotora congénita.
**Caso clínico:** Presentamos un paciente varón de 34 años afecto de fibrosis oculomotora congénita, con oftalmoplejia bilateral en hipotropia, tortícolis con mentón alto y ptosis palpebral severa bilateral sin función del musculo elevador ni fenómeno de Bell. En primer lugar se realizó el manejo quirúrgico por parte del departamento de estrabismo para tratar la hipotropia con mejoría secundaria de su tortícolis. A continuación se realizó la corrección de la ptosis mediante colgajo del músculo frontal, intentando leve hipocorreción por la oftalmoplejia y ausencia de fenómeno de Bell. El resultado fue satisfactorio con buena apertura palpebral, simetría y contorno de ambos párpados superiores, sin complicaciones en superficie ocular.
**Discusión:** La fibrosis oculomotora congénita abarca distintos grados de oftalmoplejía no progresiva, con o sin ptosis palpebral asociada, por afectación variable de los núcleos oculomotor y troclear. Los pacientes afectos presentan típicamente hipotropia con tortícolis compensadora. Existe poca experiencia reportada sobre el tratamiento correcto de la ptosis en estos pacientes. El manejo aislado de la misma no mejorará la tortícolis, mantenida para compensar la posición ocular, con un riesgo elevado de exposición corneal por cierre palpebral incompleto.
**Conclusiones:** Los pacientes afectos de fibrosis oculomotora congénita con ptosis palpebral asociada precisan un tratamiento conjunto por parte de los departamentos de estrabismo y oculoplastia. El manejo único o inicial de la ptosis puede derivar en una no resolución de la tortícolis y complicaciones corneales severas secundarias al lagoftalmos. Por ello la cirugía para corregir la ptosis palpebral debe realizarse tras una mejora de la posición ocular, buscando resultados conservadores para evitar la exposición corneal.
Nivel de evidencia: III (Estudio Descriptivo No Experimental).

## RF17 Ictiosis laminar congénita: bebé colodión con ectropión bilateral

*Dra. Assumpció Gorro Miró, Dra. Enara Etxabe Agirre, Dra. Raquel Bañón Navarro, Dr. Francisco Ramos Martí*

**Objetivos:** Las ictiosis son enfermedades raras debidas a trastornos de queratinización adquiridos o hereditarios. Una de las formas de presentación en ictiosis congénitas es el bebé colodión.
**Material:** Descripción de un caso clínico.
**Caso clínico:** Presentamos un neonato nacido a término por cesárea que es trasladado a la UCI neonatal de nuestro hospital para manejo de una ictiosis congénita presentada como bebé colodión. Padres sin cosanguinidad y madre con hipotiroidismo gestacional en tratamiento con levotiroxina. Presenta piel eritematosa y descamación de una membrana brillante de aspecto celofánico de predominio en grandes pliegues (cervical, inguinal y axilar) con algunas zonas de piel sana, edema de manos, leve eclabión, ectropión de párpado superior bilateral, edema palpebral, hiperlaxitud palpebral con eversión espontánea y lagoftalmos en ojo izquierdo.
**Discusión:** El neonato permanece en incubadora con humedad ≥ 90%. Las curas dermatológicas que se le aplican son lavados con clorhexidina y vaselina cutánea, que más adelante se cambia a agua sulfatada y tobramicina tópica por maceración en pliegues y crecimiento de Klebsiella pneumoniae. Las curas oftalmológicas son suero salino hipertónico 5%, pomada de tobramicina y diclofenaco tópico durante 3 semanas sin presentar complicaciones en superficie ocular. Durante el ingreso se determina en el cariotipo una translocación entre el cromosoma 6 y el 22.
Resolución de ectropión de párpado superior bilateral, edema palpebral e hiperlaxitud palpebral a las 3 semanas. Resolución de lagoftalmos del ojo izquierdo a los 12 meses con tratamiento lubricante tópico.
**Conclusiones:** En la mayoría de las ictiosis congénitas que cursan con ectropión, se suele resolver el mismo con medidas conservadoras en un periodo de semanas a meses. Sólo si hay complicaciones en superficie ocular severas o ante la no resolución con medidas conservadoras se recomienda cirugía para la normoposición palpebral.

**E-mail autor:** assumg@gmail.com

## RF18 Corrección de lagoftalmos mediante müllerectomía

*Dr. José Manuel Ortiz Egea, Dr. Alejandro Serna Gómez, Dra. María Antonia Fagúndez Vargas, Dra. María José Carrilero Ferrer*

**Introducción:** La principal secuela oftalmológica de la parálisis del nervio facial es el lagoftalmos. La afectación paralítica del músculo orbicular que no es capaz de realizar el cierre del párpado, asociado al funcionamiento normal del músculo elevador del párpado (III par craneal) y al efecto en la laxitud y la gravedad en el párpado inferior sin motilidad comprometen seriamente la protección corneal.

**Material y métodos:** Describimos tres casos de Müllerectomía como tratamiento de lagoftalmos. En el primero se presenta un lagoftalmos residual leve en que se practicó Müllerectomía como primera y única cirugía. El segundo caso se trata de una paciente que presentó extrusión de pesa de oro en tres ocasiones, y el tercero otra paciente con un astigmatismo significativo por deformación corneal por la pesa de oro.

**Discusión:** El uso de una pesa de oro en párpado superior sigue siendo la técnica más utilizada para el tratamiento del lagoftalmos. Aunque los resultados funcionales son buenos, el implante siempre es visible, lo que lleva a la desaparición del pliegue palpebral superior y riesgo de exposición y, por lo tanto, de infección.

La Müllerectomía del párpado superior mediante abordaje conjuntival, de la que presentamos tres casos, es una técnica simple y fácil de reproducir, que puede ayudar en la rehabilitación palpebral de una parálisis facial al crear una ptosis leve del párpado superior. Incluso en casos en que la oclusión palpebral se consiga de forma incompleta, los beneficios estéticos de este procedimiento son claros, particularmente cuando el debilitamiento se combina con otras técnicas de actuación sobre el párpado inferior.

**Conclusiones:** La pesa de oro sigue siendo la técnica más utilizada para el lagoftalmos superior, no obstante, consideramos la müllerectomía, asociada o no al debilitamiento de la aponeurosis, una buena alternativa en algunos casos especiales como los descritos.

**E-mail autor:** joemortiz@hotmail.com

## RF19 Suturas micro Quickanchor (ancla de sutura para articulaciones pequeñas) en cirugía oculoplástica

*Dra. Elisa Pérez Ramos, Dr. Diego Losada Bayo, Dra. Lorena Pingarrón Martín, Dra. Laura Garrido García*

**Objetivo:** Mostrar el uso de las suturas micro quickanchor, utilizadas de forma habitual en cirugía traumatológica, como herramienta útil en la cirugía oculoplástica.
**Caso clínico:** Primer caso clínico es una mujer de 58 años con una parálisis facial periférica derecha desde los 2 meses de vida. Presenta un lagoftalmos paralitico de unos 7 mm a expensas del párpado inferior. Así mismo presenta una atrofia muscular severa y una marcada desviación de la comisura bucal (parálisis grado VI House-Brackmann). En la unidad de parálisis facial se le plantean varias opciones, finalmente se optó por una suspensión facial con tiras de fascia lata y una tira tarsal con fijación mediante sutura micro quickanchor, y espaciador de párpado inferior (cartílago auricular). El segundo caso clínico es un varón de 60 años con una parálisis facial izquierda tras cirugía de aneurisma carotídeo en 2014. Tras una cierta recuperación del tono orbicular, el paciente no presentaba lagoftalmos, pero sí una ptosis de párpado superior secundaria a una ptosis residual de ceja, sintomática para el paciente, por lo que le realizó una suspensión ciliar con frontoplastia y fijación mediante suturas micro quickanchor.
**Conclusión:** El sistema micro quickanchor es una unidad de anclaje con un insertador precargado desechable, indicado para la fijación de suturas a hueso, usado de forma habitual en la cirugía de pequeñas articulaciones. Nosotros empleamos el quickanchor asociado a aguja de poliéster 4/0. La caja trae su propia broca desechable para la fijación del ancla al hueso, sobre el que luego esta se osteointegra. En nuestra experiencia, es una herramienta útil y segura en las cirugías que requieran fijación a hueso, habiendo encontrado varios casos descritos de su uso dentro del ámbito de la cirugía plástica y maxilofacial, y muy pocos dentro del campo de la oculoplástica (*Facial reanimation surgery utilizing the Mitek anchor system: A case report. Orbit. 2001 Sep; 20(3):227-230.)

**E-mail autor:** eliperezramos@hotmail.com

## RF20 ANULADA

## RF21 Tratamiento del ectropión severo: tira tarsal asociada a resección conjuntival y sutura inversora

*Dr. Alejandro Serna Gómez, Dr. José Manuel Ortiz Egea, Dra. María José Carrilero Ferrer, Dra. María Antonia Fagúndez Vargas*

**Objetivos:** Describir una técnica modificada para el tratamiento del ectropión severo del párpado inferior, que consiste en una resección conjuntival en huso asociado a sutura inversora como complemento de la tira tarsal lateral.
**Tipo de estudio estadístico:** Estudio retrospectivo de una serie de casos.
**Material y métodos:** Los pacientes con ectropión de párpado inferior severo fueron sometidos a una tira tarsal lateral asociada a un huso conjuntival horizontal, inferior al borde tarsal y a 4-6 mm de distancia del mismo. Mediante bisturí eléctrico se realiza resección de la conjuntiva y fibras de músculo liso profundas de la fascia capsulopalpebral seguida de una sutura inversora continua intraconjuntival con entrada y salida desde piel, y anudada sobre una esponja. Algunos pacientes asociaron puntoplastia.
Entre los 7 y 10 días son retiradas las suturas y al mes es valorado el resultado funcional y cosmético de la intervención, cuantificando las complicaciones y la percepción subjetiva de los pacientes.
**Discusión:** En todos los pacientes se ha conseguido el resultado funcional esperado, a excepción de un caso que ha presentado una recidiva del ectropión antes del año. No se han presentado en el postoperatorio complicaciones destacables.
**Conclusiones:** La reinserción de los retractores palpebrales en la corrección del ectropión severo, es una técnica compleja para los oftalmólogos no oculoplásticos, y en muchos casos produce una retracción del párpado inferior.
Exponemos una modificación de la técnica de corrección del ectropión severo mediante resección conjuntiva – músculo de Müller descrita con el uso de pinza de Putterman, que asocia una sutura inversora y que exime de la necesidad de usar dicha pinza, obteniendo unos buenos resultados funcionales. Se trata de una técnica sencilla y accesible para la mayoría de oftalmólogos.
Grado de evidencia: IV
Nivel de recomendación: C

**E-mail autor:** asernagomez@gmail.com/asernag@sescam.jccm.es

## VÍAS LAGRIMALES

### RF22 Abordaje diagnóstico-terapeútico de las Dacrioadenitis

*Dra. Famara Doblado Serrano, Dr. Bruno Casco Silva, Dra. Rocío Traspas Tejero, Dra. Isabel Fesser Oroz*

La dacrioadenitis es una patología poco común que produce una inflamación de la glándula lagrimal, su incidencia es de tan sólo 1/10.000 casos oftálmicos. Los síntomas iniciales consisten en quemosis, edema parpebral doloroso, eritema, adenopatías preauriculares, glándula aumentada de tamaño, ptosis en forma de S itálica, etc.
Por otra parte, destaca la dificultad diagnóstica sobre la etiología de la dacrioadenitis ya que puede presentar múltiples causas, lo cual supone un reto médico. Las principales etiologías son infecciosas en los casos agudos, y autoinmunes- inflamatorias en las dacrioadenitis crónicas, teniendo en cuenta también los de causa linfoproliferativa e idiopáticas, actualmente muy relacionadas con la emergente enfermedad asociada a IgG4.
Nuestro propósito es divulgar el manejo completo diagnóstico- terapéutico de las dacrioadenitis y reseñar la importancia de hacer un buen abordaje, debido a que la propia dacrioadenitis esta originada por una enfermedad sistémica subyacente con alta morbimortalidad que en muchas ocasiones requiere tratamiento específico. Por último, presentamos y desarrollamos cuatro casos clínicos de dacrioadenitis que acudieron al servicio de Oftalmología asociados a diferentes etiologías con su correspondiente abordaje diagnóstico y terapéutico.

**E-mail autor:** famaradoblado@gmail.com

## RF23 Dacriocistocele congénito

*Dra. Enara Etxabe Agirre, Dra. Raquel Bañón Navarro, Dra. Mireia Mascarell Vidal, Dr. Francisco José Ramos Martí*

**Objetivos:** Presentar el caso de una paciente de 2 días de edad con dacriocistocele congénito derecho a la que se le realizó sondaje de la vía lagrimal como tratamiento.
**Tipo de estudio estadístico:** Presentación de un caso.
**Material y métodos:** Descripción de un caso clínico y revisión de literatura. Presentamos el caso de una paciente de 2 días de edad con una tumoración azulada a nivel del conducto nasolagrimal derecho, sin signos de infección. Se realiza una RMN cerebral y se confirma presencia de masa quística bilobulada de 20x11x10 mm compatible con dacriocistocele. Se realizan masajes sobre la zona que no resultan efectivos, con lo que se decide realizar sondaje de la vía lagrimal, consiguiendo ruptura del dacriocistocele y recanalización de la vía.
**Discusión:** El dacriocistocele congénito se forma por una obstrucción anatómica distal de la válvula de Hasner y una obstrucción funcional proximal de la válvula de Rosenmuller. Su manejo es conservador en un primer momento (mediante masajes y compresas calientes) y, si esto no es efectivo, está indicada la realización de un sondaje de la vía lagrimal, con el objetivo de romper el quiste y vaciar de su contenido a la cavidad nasal. En caso de que esto tampoco fuera efectivo, serían necesarias otras medidas como un nuevo sondaje, dacriocistoplastia con catéter balón, intubación con silicona o marsupialización del componente nasal del quiste.
**Conclusiones:** El tratamiento del dacriocistocele es controvertido. Hay autores que abogan por un tratamiento conservador con antibióticos y masajes, mientras que otros recomiendan un tratamiento quirúrgico temprano si no hay respuesta al tratamiento conservador para evitar complicaciones como la dacriocistitis. Nosotros presentamos el caso de una paciente de 2 días de edad a la que se le realizó un sondaje temprano en vista de fallo de tratamiento conservador, con buena respuesta al tratamiento y buena evolución posterior.