

# XXVIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PLÁSTICA OCULAR Y ORBITARIA

COMUNICACIONES EN VÍDEO

**CAVIDAD ANOFTÁLMICA****CV01 Prótesis vs Rehabilitación cosmética ocular**

*Dra. María Alejandra Amesty Morello, Dra. Olena Al Shymali, Dra. Alejandra E. Rodríguez Zunino, Prof. Jorge L. Alió Sanz*

Este vídeo presenta el caso de una niña de 6 años que acude por traumatismo en OD con objeto punzante requiriendo sutura corneoescleral en su país de origen. Dicho trauma causa un desprendimiento de retina que causa ceguera en su ojo derecho. Consecutivamente desarrolla ptosis palpebral derecha y esotropía de unas 30 dp. Tanto la ptosis como la esotropía son tratadas en el mismo acto quirúrgico mediante avance de la aponeurosis del elevador del párpado superior y retroinserción de recto medio + resección del recto lateral del OD. Dos años más tarde la niña presenta excelente aspecto del contorno palpebral y de la apertura palpebral, así como ortotropía. Sin embargo se produce cicatrización corneal y leucoma inferomedial cosméticamente desfigurante. Por ello se decide realizar queratopigmentación como método terapéutico-cosmético, a fin de evitar prótesis oculares o lentillas cosméticas en la edad pediátrica. Dicho procedimiento se realiza sin complicaciones mostrando un excelente resultado final.

**E-mail autor:** [aleamesty@gmail.com](mailto:aleamesty@gmail.com)

**CV02 Quiste dermoide con afectación de techo orbitario. Extirpación asistida mediante neuronavegador**

*Dr. Diego Losada Bayo, Dr. Alejandro Gutiérrez, Dra. Elisa Pérez Ramos, Dr. Francisco Javier González García*

Paciente que acude por exoftalmos ojo izquierdo de 2 mm.

En la exploración radiológica (TAC) se evidencia lesión lítica en hueso frontal izquierdo con crecimiento intraorbitario e impronta sobre músculo recto superior. En su margen posterior produce desmineralización cortical aunque con aparente conservación del periostio. Como primera opción diagnóstica se plantea un quiste dermoide intraóseo.

Bajo asepsia y anestesia general se realiza extirpación de la lesión asistida mediante neuronavegador:

- Inyección de suero con adrenalina 1:100000: en plano subcutáneo en zona de la incisión y frente. En plano subperióstico en reborde orbitario y gabela.
- Incisión coronal intratriquial.
- Se colocan clips hemostáticos.
- Disección del flap coronal: en zona frontal el plano subgaleal inicialmente y subperióstico a medida que descendemos. En fosa temporal nos moveremos en el desdoblamiento de la fascia temporal profunda para evitar dañar rama frontal del nervio facial.
- Mediante el empleo del neuronavegador (Brainlab) marcaremos los límites de la lesión sobre el hueso frontal.
- Se realiza la osteotomía del hueso frontal gracias a motor piezoeléctrico con lo que se llega a la lesión.
- Extirpación de la lesión. Se envía para estudio anatomopatológico confirmando el diagnóstico de quiste dermoide.
- Fresado de la cavidad ósea que queda tras extirpar el tumor.
- Relleno de dicha cavidad mediante chips de cráneo mezclados con sangre.
- Reposición de hueso y osteosíntesis mediante mini placas de titanio
- Se dejan dos drenajes Redón con vacío.
- Cierre por planos: galea y tejido celular subcutáneo con PGA 3/0 y piel con grapas.

Grado de evidencia científica 4

**E-mail autor:** diego.losada.bayo@hotmail.com

## PÁRPADOS

**CV03 Reconstrucción palpebral postraumática en Síndrome de Floppy**

*Dra. Salomé Abenza Baeza, Dr. Álvaro de Casas Fernández, Dra. Eugenia Gijón Vega, Dra. Berta García Tomás*

**Técnica quirúrgica:** Aunque en la reconstrucción de los traumatismos palpebrales no hay dos casos iguales, cuando se añade una laxitud de los tejidos de base, la cirugía aún resulta más laboriosa.

Presentamos una técnica de reconstrucción en traumatismos palpebrales complejos en pacientes con Síndrome de Floppy.

Se realiza un punto de tracción en el párpado inferior con seda de 4/0 y cantotomía lateral. Tras evertir el párpado inferior con un separador de Desmarres, se disecciona la conjuntiva y los retractores desde el borde inferior del tarso, liberando adherencias. Con dos ganchos de Jameson, se aísla el músculo recto inferior comprobando la adecuada motilidad del globo ocular (test de ducción forzada). Se realiza una cuña central para eliminar la fibrosis de la cicatriz previa y acortar el párpado inferior laxo. Suturamos un injerto obtenido de la mucosa bucal con vycril 6/0 a los bordes de la conjuntiva liberada para rehacer el fondo de saco, interponiendo 2 bandas de silicona profundas (nasal y temporal) y suturas profundizadoras a través del injerto hasta la piel, con otras 2 bandas externas, una a cada lado. Cerramos la cuña palpebral con suturas profundas de vycril 6/0 y seda 6/0 para borde libre y piel del párpado inferior. Finalizamos con una tira tarsal lateral doble del párpado superior e inferior mediante puntos de prolene 5/0 en reborde orbitario lateral y vycril 6/0 en canto externo y piel. Por último, dejamos un punto de Frost traccional y oclusión compresiva.

**Indicaciones:** Las reconstrucciones palpebrales postraumáticas son, en la mayoría de ocasiones, un reto quirúrgico, por la gran desestructuración de los tejidos, lo que unido a una laxitud previa puede generar graves deformidades. Esto nos obliga a una restauración por planos, reponiendo los defectos de ambas láminas, con el fin de devolver la funcionalidad palpebral y asegurar la protección ocular.

Nivel de evidencia científica: IV.

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

#### CV04 Tensado horizontal del párpado inferior sin interrupción del tendón cantal lateral: procedimiento cuña lateral-lateral wedge

*Dr. Juan María Davó Cabrera, Dr. Santiago Montolío Marzo, Dr. Enrique Alfonso Muñoz, Dra. Marta Pérez López*

La principal causa de ectropión del párpado inferior (PI) es atribuible a la laxitud horizontal. Los tendones cantal lateral (TCL) y medial (TCM) y el tarso, son los tres elementos que proporcionan el soporte horizontal.

La mayor parte de las técnicas de tensado del PI se basan en la resección o plicatura de los tendones, principalmente la tira tarsal (TT), siendo la primera opción para la corrección del ectropión entre los oculoplásticos.

Es un procedimiento eficaz y sencillo con excelentes resultados, sin embargo, puede llegar a alterar la apariencia del paciente si modificamos la pendiente del PI.

Por ello queremos dar a conocer el procedimiento de la cuña lateral (CL) como alternativa, reservando la TT únicamente para aquellos pacientes en los que como consecuencia de la elongación del TCL existe una rectificación del canto y muestran un contorno redondeado, siendo necesaria la realización de una cantoplastia.

La CL incide en la placa tarsal en lugar del TCL. Aplicada en el paciente adecuado, obtiene los mismos buenos resultados que la TT, siendo considerablemente más sencilla y rápida.

##### **Descripción del procedimiento:**

Anestesia local en conjuntiva tarsal y en el canto lateral.

Incisión subciliar abarcando el tercio externo del párpado inferior y alargándola más allá del TCL inferolateralmente.

Creación de flap miocutáneo mediante disección del orbicular en sentido inferior y lateral seguidamente.

Incisión vertical en la lámina posterior en la unión del tercio externo del PI con el canto. Tracción, medición y resección horizontal.

Vicryl 5-0 se pasa a través del tarso justo por debajo del margen palpebral asegurando que la sutura queda enterrada y posteriormente en el reborde englobando el tendón cantal lateral. Tensamos y comprobamos que haya buena alineación del margen. Una vez comprobado, añadimos una segunda sutura inferior.

El flap miocutáneo se tensa lateralmente y se reseca el exceso de piel, suturándolo con vicryl 7-0 continuo.

**E-mail autor:** [juanmaria.davo@gmail.com](mailto:juanmaria.davo@gmail.com)

## CV05 Tratamiento del ectropión cicatricial con colgajo musculocutáneo unipediculado de base externa del párpado superior (Tripier modificado)

*Dr. Ricardo Díaz Céspedes, Dr. Ángel Romo López, Dra. Ana Hervás Ontiveros, Dra. Empar Sanz*

León Tripier en 1888 describió un colgajo compuesto de músculo y piel del párpado superior con dos pedículos de nutrición por encima de los cantos internos y externos para reconstruir el párpado inferior. Este es el antecedente más antiguo descrito en la literatura, de un colgajo musculocutáneo. La técnica ha sufrido diferentes cambios a lo largo del tiempo, y sus indicaciones se suelen centrar en la reconstrucción del párpado inferior y los cantos, después de cirugía tumoral ablativa en esta zona. Actualmente los colgajos unipediculados musculocutáneos de base externa o interna del párpado superior son una alternativa reproducible en el tratamiento de patología tumoral. Exponemos una serie de casos de pacientes que se presenta a la consulta con ojo rojo, sensación de cuerpo extraño, secreción ocular y epifora. Todos refieren antecedentes de tira tarsal lateral en al menos dos ocasiones con recidiva de su sintomatología. En el examen físico, encontramos laxitud palpebral inferior moderada, ectropión de párpado y punto lagrimal con estenosis de puntos lagrimales y acortamiento de lamela anterior. Se les realiza rotación de un colgajo musculocutáneo unipediculado de base externa de párpado superior para reconstrucción de lamela anterior, asociado a tira tarsal lateral, puntoplastia y huso medial. Se describe la técnica y se presentan resultados. El colgajo musculocutáneo de pedículo externo está indicado en la reconstrucción del párpado inferior, parcial o total, desde el canto externo hasta el punto lagrimal. El pedículo externo recibe su irrigación posiblemente, de una rama de la arteria lagrimal. Se trata de una alternativa segura para el tratamiento del acortamiento lamelar anterior que acompaña al ectropión cicatricial. Es un colgajo versátil, flexible y confiable; que lleva músculo y piel de color, espesor y textura adecuados; no requiere oclusión prolongada del ojo y no causa complicaciones en la zona donante.

Nivel de evidencia clínica 3.

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

## CV06 Tratamiento de ectropión complejo mediante cantoplastia, reinscripción medial de retractores, colgajo heteropalpebral y colgajo de orbicular

*Dra. Alba Parrado Carrillo, Dra. María Teresa Carrión Donderis, Dra. Jessica Matas, Dr. Álvaro Salazar Villegas, Dr. Santiago Ortiz Pérez*

**Técnica quirúrgica:** Es importante diseñar correctamente el colgajo heteropalpebral en el párpado superior (PS), cuyo pedículo se sitúa en el canto lateral, por otra parte, se marca el párpado inferior (PI) mediante una incisión subciliar.

Se infiltra anestesia local para que la adrenalina y los agentes de larga duración tengan suficiente tiempo para empezar a actuar antes de la cirugía. El primer paso es la realización de una cantotomía y cantolisis laterales. Posteriormente se crea el lecho en el PI, este lecho es preseptal y debe tener el tamaño correcto para prevenir nuevas retracciones. Seguidamente se eleva el colgajo heteropalpebral del PS, puede ser cutáneo o miocutáneo en función de las necesidades. Después de termina de preparar la tira tarsal de manera estándar, y se realiza una reinscripción de los retractores del 1/3 medial palpebral a través de un rombo conjuntival medial, normalmente reinsertamos los retractores dejando una sutura inversora de Vicryl 6/0 que sacamos a través del lecho en el PI. Se ancla la tira tarsal en la cara interna del reborde orbitario lateral con sutura de Polipropileno de 5/0, y se realiza el punto del canto lateral con Vicryl 6/0. Después preparamos un colgajo de orbicular del canto lateral que se eleva y sutura al periostio con Vicryl 5/0. Por último, se sutura la incisión del PS, y el colgajo en el PI, usando Polipropileno de 6/0 o el mismo Vicryl 6/0 usado anteriormente.

**Indicaciones:** El colgajo heteropalpebral del PS ofrece enormes posibilidades en cirugía reconstructiva del PI, sobretodo en casos oncológicos, pero también en casos de ectropión con un componente cicatricial. El caso que presentamos se trata de un ectropión con múltiples componentes (senil, cicatricial por elastosis cutánea y paralítico). En cualquier malposición es importante explorar todos los componentes que intervienen, y combinar diferentes técnicas para tratarlos todos.

**E-mail autor:** [albparrado3@gmail.com](mailto:albparrado3@gmail.com)

**CV07 Melanoma conjuntival maligno del párpado superior - manejo quirúrgico**

*Dra. Andreia Soares, Dra. María Consuelo Prada Sánchez, Dr. José Pérez Moreiras*

**Objetivos:** Describir la técnica y nuestros resultados en el manejo de un melanoma conjuntival maligno del párpado superior.

**Métodos:** Mujer de 72 años intervenida en 1996 de melanoma maligno epitelial de la conjuntiva en ojo izquierdo (OI) y reconstruido mediante técnica de Tenzel invertido. Las revisiones en años posteriores sin recidivas hasta el año 2009. En 2013 envían por recidiva de tumoración conjuntival en párpado superior (PS) de OI. Se efectuó excisión del PS de OI con márgenes de 5mm y se envió a la anatomía patológica que ha demostrado un melanoma maligno tipo mixto (epitelioide y fusocelular) 0,9 cms de diámetro máximo, con márgenes libres. La reconstrucción del párpado fue hecha mediante la técnica de Hughes invertido con injerto libre de piel del PS de ojo derecho. Resultados: La paciente presentó una buena restauración del párpado superior y no tiene ninguna recidiva actualmente.

**Conclusiones:** La técnica de Hughes invertido asociada al enxerto de piel para reconstrucción de la lamela posterior e anterior respectivamente, son una buena opción para el tratamiento quirúrgico de los tumores malignos de gran tamaño del párpado superior.

Evidencia científica – IA.

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