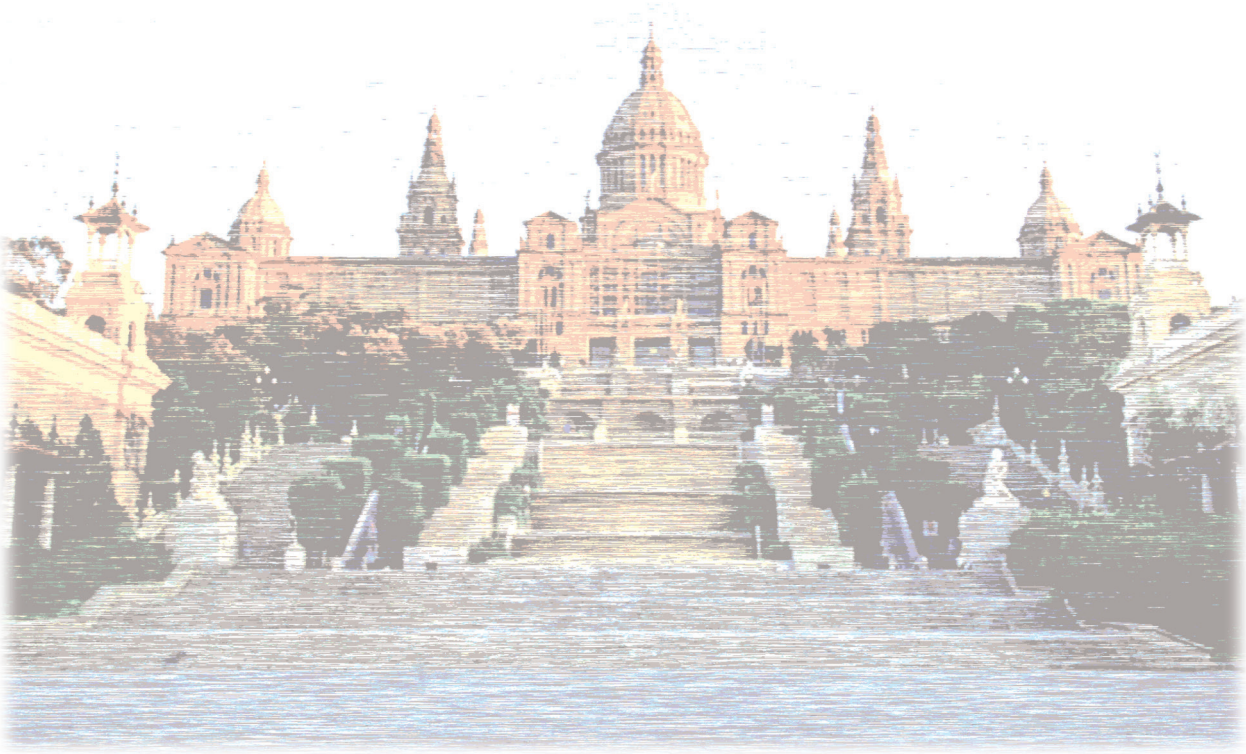
SECPOO

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PLÁSTICA
OCULAR Y ORBITARIA



LIBRO DE RESÚMENES

Manejo quirúrgico de grandes exposiciones de implante orbitario

Tirso Alonso Alonso, Manuel Romera
Hospital Vall d´Hebrón. Barcelona

Material y Métodos: Las exposiciones de los implantes porosos se tratan habitualmente con técnicas quirúrgicas de recubrimiento, excepto en exposiciones mayores de 10 mm. En las grandes exposiciones de implante ordinario suele plantearse renunciar al implante ordinario, realizándose extracción del mismo y reconstrucción orbitaria mediante injerto dermograso. Proponemos como alternativa en el manejo de grandes exposiciones de implante orbitario, cirugía de recambio del implante asociada a recubrimiento con injerto de mioperiostio retroauricular. Hemos realizado la cirugía en 4 casos con exposiciones mayores de 12 mm.
Resultados: El tiempo de seguimiento ha sido de 18, 12, 6 y 4 meses. En todos los casos se ha conseguido un buen volumen orbitario sin pérdida de fórnix conjuntival, que ha permitido una correcta adaptación protésica. Durante el tiempo de seguimiento no se ha producido ninguna exposición. El recambio del implante orbitario asociado a injerto de mioperiostio retroauricular puede ser una buena alternativa quirúrgica que permite mantener un buen volumen orbitario a la vez que disminuye el riesgo de exposición del implante orbitario y evita la pérdida de fórnix conjuntival.

Microcateterismo de senos cavernosos a través del sistema de la vena facial como tratamiento de la FCC indirecta

M.ª Alejandra Amesty Morello, Simón Quijada Angeli, Esther Santos Vicente,
Carlos Sjöholm Gómez de Liaño, Esther Rivera Ruiz, Mónica Hijos Gastón, Marisol Leonato
Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

Material y Métodos: Las Fístulas Carótido-Cavernosas (FCC) indirectas o shunts durales son comunicaciones indirectas poco frecuentes entre las ramas meníngeas de la arteria carótida interna o de la arteria carótida externa y el seno cavernoso. Algunos pacientes se recuperan espontáneamente, sin embargo cuando se acompañan de manifestaciones oftalmológicas, a menudo es preciso el tratamiento con radiología intervencionista para ocluir las arterias nutricias. La embolización es posible con distintos materiales como cianoacrilato de isobutilo, coils de platino, onyx, globos desechables o partículas de alcohol polivinílico. Otras técnicas incluyen la electrotrombosis de la fístula y la cirugía directa, con una mayor tasa de fracaso y morbilidad. Presentamos el caso de una mujer de 72 años quien acude a urgencias en 4 ocasiones por dolor hemicraneal y periorbitario derecho, que no cede con analgésicos habituales de 2 mes de evolución, de tipo pulsátil, que le interrumpe el sueño, asociado a diplopia ocasional. Entre los antecedentes personales presenta hipercolesterolemia, hipotiroidismo en tratamiento con Eutirox 100mcg e historia de cefalea tensional. La exploración neurológica muestra diplopia en infraversión extrema. Sin embargo la TC de cráneo no muestra hallazgos significativos, por lo que se pauta tratamiento analgésico oral. 1 mes más tarde presenta ptosis palpebral derecha y malestar general con vómitos, siendo valorada por nuestro servicio presentando una AV de 0.9 en ojo derecho y 0.8 en ojo izquierdo, con presión intraocular de 14mmHg y 15mmHg. Se observa discreta ptosis palpebral derecha y leve hipoestesia hemifacial derecha, niega diplopia en ese momento. Se solicita RNM y angiografía cerebral, en las que se observa una marcada dilatación de la vena oftálmica superior derecha, con discreta dilatación del seno cavernoso ipsilateral, hallazgos sugestivos de fístula carótido-cavernosa derecha de bajo flujo. 2 meses más tarde la AV había empeorado a 0,6-0,8 en OD y 0,4--0,6 en OI, con leve hiperemia conjuntival y quemosis bilateral moderada, con presión intraocular más elevada (21mmHg en AO) y cierta restricción en dextroversión del ojo derecho, compatible con VI par craneal derecho. La exoftalmometría muestra una diferencia entre ambos ojos de 2 mm (22 mm en OD y 20mm en OI). Se realiza microcateterismo selectivo secuencial de ambos senos cavernosos a través del sistema de la vena facial derecha, ocluyéndolos con coils y onyx. Tras el mismo, persiste el reflujo a venas corticales en el lado izquierdo y también un pequeño reflujo que drena a la vena oftálmica superior en el lado derecho. Tres meses tras el tratamiento de la FCC se observa mejoría en la AV (0,8 y 0,9), normalización de la presión intraocular (12 mmHg en AO), mejoría de los signos congestivos en el polo anterior de ambos ojos, pero persiste la restricción y la endotropía de 25DP de base externa compatible con parálisis del recto lateral por compromiso del VI par craneal derecho. También persiste la cefalea de predominio derecho, pero con carácter episódico y de menor intensidad, que se controla con analgésicos orales.

Resultados: Las FCC indirectas por lo general aparecen de manera espontánea y son mucho más sutiles que las fístulas directas por su flujo sanguíneo lento, de forma que el trastorno puede diagnosticarse equivocadamente o pasar desapercibido. La incidencia es mayor en mujeres postmenopáusicas y en ancianos debido a los cambios vasculares degenerativos en los senos. Los signos clínicos incluyen exoftalmos leve, elevación moderada de la presión intraocular, dilatación de vasos epiesclerales y en algunos casos oftalmoplejia, más frecuentemente afectando el VI par craneal. En los casos con proptosis progresiva, aumento de la presión intraocular que no responde a antiglaucomatosos o diplopia en posición primaria, la intervención quirúrgica puede ser necesaria. La embolización de la arteria carótida interna no se recomienda debido a la alta tasa de éxito con la embolización de las arterias nutricias de la carótida externa y la permeabilidad límite del polígono de Willis en los pacientes mayores. Otras técnicas incluyen la electrotrombosis de la fístula y la cirugía directa, con una mayor tasa de fracaso y morbilidad.

Alteraciones sensitivas faciales post descompresión orbitaria

Paula Arribas Pardo, Clara Berrozpe Villabona, Elisa González Pastor, Paula Bañeros Rojas, Ángel Romo López, Juan Antonio Troyano Rivas
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de las descompresiones orbitarias realizadas en nuestro centro en 2012 en pacientes con orbitopatía de Graves con el fin de estudiar la incidencia y características de las alteraciones de la sensibilidad facial. 18 órbitas de 10 pacientes fueron intervenidas por vía externa (pared lateral) asociada en 13 de ellos a abordaje transcaruncular (pared medial) y en 5 a cirugía endoscópica nasosinusal (pared medial y tercio nasal del suelo). Para evaluar los resultados se realizó una encuesta con un mapa de sensibilidad.
Resultados: Un total de 89% de los pacientes valorados mostró alteraciones de la sensibilidad; de éstos, el 50% se presentó como parestesias, 31% hipoestesia, 12% anestesia y un 6% dolor. Sólo un 11% no presentó ningún tipo de alteración sensitiva. Las localizaciones principales en aquellos pacientes que mostraron alteraciones de la sensibilidad fueron en un 45% de los casos la correspondiente al área de los nervios cigomático facial y cigomático temporal, un 41% en el área del infraorbitario y un 14% del nervio nasociliar o infratroclear. El 31% presentó afectación concomitante de los cigomáticos y el infraorbitario, y en un 6% existió alteración simultánea de los territorios de sensibilidad correspondientes a los nervios cigomáticos, infraorbitario y nasociliar. El periodo medio de seguimiento fue de 10 meses con un rango comprendido entre 3 y 15 meses. En todos los pacientes que presentaron alteraciones éstas aparecieron en el postoperatorio inmediato (1 semana post-cirugía) sin modificación de intensidad en un 62% de los casos y con disminución o desaparición en un 37%. En conclusión, es bien conocida la afectación del nervio infraorbitario tras descompresión orbitaria, sin embargo, otros nervios como el cigomático facial, cigomático temporal e infratroclear pueden verse afectados en este procedimiento.

Pseudotumor orbitario IgG4 positivo; un importante hallazgo en la enfermedad inflamatoria orbitaria

Alvaro Bengoa González, Silvia Pérez Trigo, Enrique Mencía Gutiérrez, M.ª Dolores Lago Llinás, Paloma Cano Rovirosa
Hospital Universitario doce de Octubre. Madrid

Material y Métodos: Presentamos 3 casos de masas orbitarias, entre febrero de 2012 y marzo de 2013, donde realizamos biopsia excisional y su estudio anatomopatológico determina que se tratan de pseudotumores orbitarios IgG4 +.
El primer caso es un varon de 58 años con episodios recurrentes de ptosis unilateral, con algún episodio de inflamación palpebral en el pasado, con masa palpable en ángulo superoexterno orbitario. Se realiza RMN donde se aprecia masa localizada en glándula lagrimal. No presenta proptosis ni desviación del globo ocular. El segundo caso es una mujer de 67 años con cuadros repetidos de proptosis que recurrían a pesar del tratamiento esteroideo y mediante biopsia orbitaria se determinó un infiltrado linfoide reactivo. Un año

después recurre de forma agresiva el cuadro de proptosis, además de inflamación parotídea y de la cadena ganglionar laterocervical. El tercer caso es una inflamación de ambas glándulas lagrimales que no se resuelve con tratamiento médico.
Resultados: Ante la sospecha tumoral en los tres casos realizamos orbitotomía lateral y biopsia excisional amplia que incluía glándula lagrimal y tejido adyacente orbitario ante el aspecto esclerosante de la masa orbitaria. El resultado histopatológico en todos los casos fue de seudotumor orbitario IgG4 con infiltrado linfoide reactivo, confirmado mediante inmunohistoquímica. En el 2.º caso también había una gran inflamación de la glándula parotídea y de la cadena ganglionar cervical en la RMN. Se realizó estudio histológico de la glándula y de un ganglio confirmando el diagnóstico orbitario, infiltrado linfoide reactivo inespecífico. En todos los casos se han estudiado otros órganos para descartar la aparición de masas, así como la determinación de IgG4 sérica donde se ha visto elevada en los casos 2.º y tercero. En el segundo caso se ha tratado con Rituximab con resultados satisfactorios. La identificación de IgG4+ en la enfermedad orbitaria inflamatoria hace que sea menos idiopática aunque hacen faltan más estudios que afiancen la relación entre esta Inmunoglobulina y la enfermedad orbitaria. La observación y el seguimiento de estos pacientes es fundamental por el riesgo a desarrollar un linfoma.

Diagnóstico diferencial de lesiones del ala mayor del esfenoides: Meningioma versus Displasia Fibrosa

Martha Bermudez Vallecilla, Fernanda Fernández-Tresguerres García, Mercedes Serrador García, Juan Antonio Troyano Rivas
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Material y Métodos: Presentamos 4 pacientes con presencia de tumor en el ala mayor del esfenoides cuyo diagnostico diferencial nos planteó un desafío entre displasia fibrosa y meningioma. Se realizó una completa revisión bibliográfica del diagnóstico diferencial entre meningioma del esfenoides (una de las localizaciones craneales más frecuentes) y otras neoplasias o enfermedades metabólicas que comparten similitudes y comparamos además, las características epidemiológicas, clínicas, radiológicas, y de pronóstico en 4 pacientes en los que tuvimos esta dificultad.
Resultados: La localización más frecuente de meningiomas de la base del cráneo es el ala mayor del esfenoides y constituyen aproximadamente el 18% de todos los meningiomas intracraneales. Son más frecuentes en pacientes del sexo femenino en la década de los 50 años de edad. Los síntomas más comunes pueden variar entre epilepsia, alteraciones del carácter y cefaleas, también disminución de la agudeza visual, edema de papila y atrofia de papila. Afectación del V par, III par, pérdida de memoria, bradipsiquia,depresión y disfasia motora. La RM es la técnica primaria para diagnosticar meningiomas: Delinea el nivel del tumor y la relación del tumor con el parénquima cerebral. Las imágenes son hipo o isointensas en T1 e hiperintensas en T2, con captación de contraste irregular, debido a la presencia de cuerpos de psamoma. La displasia fibrosa es una patología ósea benigna consistente en el reemplazo progresivo de tejido óseo normal por una proliferación de tejido conectivo fibroso. Aunque la etiología no está totalmente esclarecida, se postula que se debe a una alteración del gen Gsa,1,2 debido a una mutación heterocigótica en dicho gen. La enfermedad aparece en niños, suele progresar durante la pubertad y adolescencia, y en la mayoría de los casos se para al finalizar la adolescencia. Hay un grupo de pacientes en los que la enfermedad continúa progresando después de la pubertad, causando deformidad y/o problemas funcionales.
Se manifiesta en la región facial, bien como crecimiento asintomático del hueso afecto, produciendo deformidad facial, tumefacción de tejidos blandos, proptosis, cefaleas, o bien causando dolor de la zona afecta. Puede provocar afectación nerviosa, por compresión de estas estructuras. Radiológicamente se caracteriza por presentar lesiones radiolúcidas, radiotransparentes o radiopacas, escleróticas, dependiendo de la cantidad de componente fibroso. Lo más común es objetivar en la TC una imagen en vidrio esmerilado, o en cáscara de huevo, que corresponde al hueso sano que rodea a la lesión. Presentamos 4 pacientes con síntomas similares cuya imagen radiológica nos planteaba la duda entre meningioma y displasia fibrosa: Encontramos que la edad y el sexo no son factores epidemiológicos que permitan diferenciar estas entidades ya que en nuestros casos teníamos para el meningioma, edades de aparición de 45 y 67 años y para la displasia fibrosa, de 43 y 53 años. Ambas pacientes con diagnóstico hisopatologico de meningioma eran mujeres y en los casos de displasia fibrosa, teníamos 1 mujer y 1 hombre. El diagnostico en ambos casos de meningioma requirió biopsia por la poca especificidad de las imágenes mientras que en los casos de displasia fibrosa, un seguimiento con RMN fue suficiente. En los 4 casos, el debut se evidencio con exoftalmos de

diferente tiempo de evolución y sólo 1 de los casos, con diagnóstico de displasia fibrosa no tenía disminución de agudeza visual al inicio del cuadro, aunque durante la evolución de la enfermedad si la presentó. En todos los casos, el TAC nos dio más información sobre las lesiones óseas y la RMN sobre las alteraciones de partes blandas. En cuanto al tratamiento, en el caso de los meningiomas, se realizó cirugía para resección y reconstrucción, en uno de los casos con resección completa de la lesión y en el otro con tumor persistente en esfenoides al que se le realiza seguimiento radiológico. En los casos de displasia fibrosa tenemos un caso tratado con resección quirúrgica y otro con radioterapia. Los 4 casos tienen en la actualidad buen pronóstico en cuanto a esperanza de vida aunque con algún grado de afectacion visual en el ojo afectado.

Descompresión orbitaria vía endoscópica nasosinusal: ¿Sigue siendo una opción?

Clara Berrozpe Villabona, Raquel Martínez Chico, Paula Arribas Pardo, Paula Bañeros Rojas, Ángel Romo López, Juan Antonio Troyano Rivas
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Material y Métodos: Se presentan dos casos clínicos de pacientes intervenidos de descompresión orbitaria con abordaje endoscópico vía endonasal. El caso clínico 1 se trata de un paciente con antecedente de cirugía de desprendimiento de retina con cerclaje y explante. El paciente presentaba migración del cerclaje hacia estroma corneal por lo que se realizó una nueva intervención para retirada de dicho cerclaje, que se llevó a cabo mediante sedación y anestesia retrobulbar; intraoperatoriamente se produjo una perforación escleral, debido al importante adelgazamiento escleral que presentaba. La cirugía finalizó sin otras complicaciones. En el postoperatorio precoz, presentó un cuadro clínico de hemorragia retrobulbar con dolor, quemosis e hiposfagma a tensión y gran proptosis que requirió una descompresión orbitaria urgente con abordaje de la pared orbitaria inferomedial con cirugía endoscópica nasosinusal. El caso clínico 2 se trata de un paciente con orbitopatía de Graves con neuropatía óptica bilateral con importante hacinamiento en el ápex, sin respuesta a tratamientos con corticosteroides endovenosos en el que se realizó descompresión orbitaria bilateral de pared inferomedial con cirugía endoscópica nasosinusal.
Resultados: Posiblemente el abordaje más comúnmente utilizado para la descompresión de la pared medial es transcaruncular o vía pliegue palpebral superior. Sin embargo, puede haber casos seleccionados en los que el abordaje endoscópico endonasal ofrezca ciertas ventajas. En el caso clínico 1 la intensa proptosis con gran retracción del párpado superior por detrás del globo ocular proptótico imposibilitaba el acceso a través del pliegue palpebral superior. Además, el intenso hiposfagma a tensión también dificultaba el acceso transcaruncular. Una opción posible hubiera sido acceder a la pared medial mediante la incisión de Lynch sin embargo, el abordaje endonasal endoscópico permitió obtener un buen campo quirúrgico y no inducir mayor presión orbitaria en un ojo que había tenido una perforación escleral reciente. En el caso clínico 2, al abordar desde fuera de la órbita vía endonasal, no se indujo presión añadida a nivel del ápex orbitario.

Caso Clínico: Extracción de cuerpo extraño en seno cavernoso mediante Orbitotomía inferomedial Transconjuntival y técnica de Neuro-Angiorradiología

Rodolfo Nikolás Bolados Ugrinovic, Tirso Alonso Alonso, Montserrat Munill, Jorge Pamias
Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

Material y Métodos: Paciente de 50 años sin antecedentes oftalmológicos, consulta por presentar dolor ojo izquierdo y diplopía binocular. Como antecedente, presentó 3 días atrás contacto con cuerpo extraño ojo izquierdo, sin secuelas aparentes. A la exploración en urgencias presenta leve limitación en la mirada inferior y aducción. Se realiza TAC órbita y Angiografía cerebral que muestra cuerpo extraño cilíndrico de diámetro 3mm y longitud 4,5 cm (3,5cm intracraneales), atravesando hendidura esfenoidal y alojándose definitivamente en seno cavernoso, en contacto con la arteria Carótida Interna, que presentaba vasoespasmo. Se decide ingreso con administración de toxoide e Inmunoglobulina antitetánica, además de terapia antibiótica asociada con Cefepima, Vancomicina Metronidazol.
Resultados: Valoración multidisciplinaria de cirugía máxilo-facial, oftalmología, neurocirugía y neuro-angiorradiología. Se realiza abordaje quirúrgico mediante orbitotomía inferomedial transconjuntival con apoyo Neuro-Angioradiológico, a través de angiografía vía transfemoral con balón desinchado en Arteria Carótida Interna y microcatéter en seno cavernoso con el objetivo de contener sangrado en caso de ruptura

vascular. Se logra extracción de cuerpo extraño bajo apoyo radiológico. No se produce sangrado vascular durante la cirugía y en controles angiográficos posteriores se constata irregularidad de arteria carótida interna, probablemente por pseudoaneurisma secundario. Actualmente presenta diplopía intermitente poco incapacitante, la motilidad ocular es normal, y la agudeza visual del Ojo izquierdo es de 0.9.

Protocolo de uso de Propanolol en hemangiomas infantiles

Ester Casas Gimeno, Joan Prat Bartomeu
Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona

Material y Métodos: A pesar de la relativa frecuencia de los hemangiomas infantiles (IH) y la posible gravedad de las complicaciones, actualmente no existen directrices uniformes para su tratamiento. Aunque el propranolol ha sido adoptado rápidamente, existe una incertidumbre significativa y la divergencia de opiniones en cuanto a control de la seguridad, aumento de la dosis, y su uso en el síndrome de PHACE (PHACE = fosa posterior, hemangiomas, lesiones arteriales, anomalías cardíacas, anomalías oculares) Al tratarse de un uso compasivo no existe protocolización de su uso ni dosis. Tras una conferencia de consenso celebrada el 9 de diciembre de 2011 en Wisconsin,USA, el equipo multidisciplinario revisó los datos existentes sobre las propiedades farmacológicas de propranolol y todos los informes publicados relacionados con su uso en pacientes pediátricos. Debido a la ausencia de datos de alta calidad de investigación clínica, las pruebas basadas en recomendaciones no son posibles en la actualidad. Sin embargo, se acordaron una serie de recomendaciones que surgieron a partir de una revisión de la evidencia existente.
Resultados: Voy a exponer el protocolo realizado en nuestro centro, a partir de estas recomendaciones, los servicios de dermatología, cirugía y oftalmología. Incluyéndose cuándo tratar IH complicado, contraindicaciones y protocolos de evaluación pre-tratamiento, el uso de propranolol en el síndrome de PHACE, formulación, dosis objetivo y frecuencia de propranolol; iniciación de propranolol en los lactantes, monitoreo cardiovascular, monitoreo continuo, y la prevención de la hipoglucemia

Hemangioma capilat: 50 casos

Ester Casas Gimeno, Joan Prat Bartomeu
Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de 50 casos de hemangioma capilar orbitario o palpebral diagnósticados en el servicio de oftalmología pediátrica del H. San Joan de Deu de Barcelona entre enero de 2009 y marzo de 2013. Se estudia la edad del paciente y la edad de presentación, la localización, la indicación de tratamiento y el tipo de tratamiento.
Resultados: Se presenta la localización: órbita(20), palpebrales (30), párpado afectado o periórbita. Se describe el tipo de tratamiento: conservador (evolución, corticoides, propranolol) o quirúrgico. Se describen las indicaciones de tratamiento: afectación de eje visual, astigmatismo, afectación orbitaria.

Diagnóstico diferencial de las lesiones destructivas de la línea media

Javier Coloma Bockos, Yerena Muiños Díaz
Hospital Policlínico la Rosaleda. Santiago de Compostela

Material y Métodos: El diagnóstico diferencial de las lesiones destructivas de la línea media incluye la Granulomatosis de Wegener, Vasculitis por consumo de Cocaina, el Linfoma extranodal de tipo nasal NK/de Celulas T, la poliarterirtis nodosa, granulomas alérgicos, granulomas a cuerpo extraño, sarcoidosis y lesiones destructivas idiopáticas. Se realiza la exposición de varios casos clínicos y formas de presentación de pacientes con lesiones destructivas de la línea media para luego analizar en profundidad con una revisión de la literatura las patologías más frecuentes causantes de este tipo de lesiones.
Resultados: Las lesiones destructivas de la línea media son difíciles de diferenciar basados en la presentación clínica y debido a la necrosis que conlleva este tipo de enfermedades la biopsia suele ser un reto importante, siendo generalmente necesario desbridar el tejido necrótico y tomar una amplia biopsia de zonas con apariencia normal. En el diagnóstico diferencial de los procesos destructivos nasosinusales que afectan la

línea media hay que descartar linfoma nasal, granuloma letal de la línea media, consumo de cocaína, sífilis terciaria y vasculitis sistémicas tipo granulomatosis de Wegener.

Tumores de saco lagrimal: Experiencia en el Hospital Dr. Luis Sánchez Bulnes 2007-2012

Itziar Coloma González, Laura Ruiz García, Ariel Ceriotto
Hospital Dr. Luis Sánchez Bulnes. México

Material y Métodos: Con el objetivo de analizar las obstrucciones lagrimales secundarias a tumores intrínsecos de la vía lagrimal, se diseñó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de todos los casos diagnosticados de obstrucción lagrimal en el servicio de Oculoplastia del Hospital Dr. Luis Sánchez Bulnes, Asociación para Evitar la Ceguera en México I.A.P., entre los años 2007 y 2013.
Resultados: Encontramos 286 casos de obstrucción lagrimal (353 ojos) de los cuales 8 eran secundarios a tumor intrínseco de la vía lagrimal (2.2%): 4 lesiones linfoproliferativas, 2 granulomas piógenos, 1 papiloma invertido y 1 nevo azul. 100% de los casos son mujeres con una edad media de 53 años. En el 62.5% (5 casos) de los casos se sospechó causa tumoral previo a la cirugía, mientras que en el resto de los casos resultó un hallazgo incidental durante la dacriocistorrinostomía externa.

Manejo quirúrgico del exorbitismo mediante descompresión orbitaria de pared lateral y tarsorrafia tempora

Cristina Comas Bedmar, M.ª Carolina Bruzual Lezama, Maravillas Abia Serrano, Ferrán Mascaró Zamora, Xènia Acebes Roldán, Laura Gutiérrez Benítez, Eduard Millán Valbuena
Hospital Universitario Bellvitge. Barcelona

Material y Métodos: Presentamos una serie de 4 pacientes (6 ojos), con exorbitismo primario bilateral (75%) o secundario a malformación arterio-venosa (25%) tratados en nuestro centro entre 2007 y 2012 mediante descompresión orbitaria de pared lateral, cantopexia y tarsorrafia; y con un seguimiento mínimo de 1 año después de la cirugía.
Resultados: Aunque clásicamente se ha descrito el tratamiento cantal o palpebral como primera estrategia quirúrgica en pacientes con exorbitismo espontáneo secundario a hiperlaxitud de los tejidos orbitarios, en la literatura se encuentran descritas otras técnicas quirúrgicas. Muchas de estas técnicas , requieren de gran complejidad quirúrgica y deben ser realizadas por otros especialistas como cirujanos maxilofaciales, cirujanos plásticos o neurocirujanos. Nosotros proponemos la descompresión orbitaria lateral asociada a tratamiento cantal para alcanzar la estabilidad clínica, evitar nuevos episodios de exorbitismo y mejorar el aspecto estético de estos pacientes. Durante el primer año de seguimiento después del tratamiento quirúrgico, hemos observado en nuestros pacientes una disminución media de 7,3 mm en la exoftalmometría de Herthel. En nuestra opinión, esta estrategia quirúrgica modifica la fisiopatología de los vectores de fuerzas orbitarias, permitiendo desplazar el contenido orbitario posteriormente y evitar nuevos episodios de exorbitismo.

Exenteraciones orbitarias: indicaciones, técnicas quirúrgicas y complicaciones

Laura Díez Álvarez, Carmen Sánchez Sánchez, Marco Sales Sanz, Encarnación Mateos Sánchez, Andrea Sanz López
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Material y Métodos: Serie de casos retrospectiva de pacientes tratados mediante exenteración en nuestro centro entre 1991 y 2012. Se revisaron datos relacionados con la indicación quirúrgicas, técnica empleada y complicaciones posteriores.
Resultados: Se analizaron 25 pacientes sometidos a exenteración: 12 hombres y 13 mujeres,de entre 32 y 92 años (mediana:74 años). Indicación quirúrgica relacionada con tumor maligno periorbitario en todos los casos, salvo un caso de mucormicosis tratado mediante exenteración bilateral extendida. Carcinoma epidermoide palpebral (32%); melanoma conjuntival (24%); carcinoma basocelular palpebral (20%),dos carcinomas adenoides quísticos de glándula lagrimal, un sarcoma de Ewing, un adenocarcinoma orbitario

y un fibrohistiocitoma. Tumor primario en el 48% de los casos.Exenteración por resección incompleta o recidiva tumoral tras extirpación previa en el 44%. El tiempo transcurrido entre la primera cirugía y la exenteración fue de entre 3 meses y 18 años (mediana: 5,4 años).Un caso de metástasis (células en anillo de sello) sin llegar a hallarse tumor primario (seguimiento de 18 años). Exenteración subtotal (44%), total (32%) y extendida (24%). Márgenes quirúrgicos negativos,salvo un caso de adenoma microquístico de glándula lagrimal y un carcinoma epidermoide que requirieron radioterapia local, y radioterapia y quimioterapia combinados postoperatorios, respectivamente Reconstrucción orbitaria mediante rotación de músculo temporal en el 68.4% de los casos. Otros métodos empleados: técnica de Hughes modificada, colgajo frontal, injertos cutáneos o sutura palpebral simple en caso de exenteración subtotal. Entre las complicaciones postoperatorias recogidas cabe destacar: trismus doloroso que cedió con analgesia y rehabilitación mecánica, dos casos de dolor óseo post-quirúrgico en tratamiento en la unidad del dolor, quiste epitelial conjuntival extirpado quirúrgicamente y una retracción de cavidad anoftálmica que requirió injerto dermograso. Recidiva tumoral local en un caso y dos metástasis a distancia.

Manifestaciones atípicas debidas a cambios hemodinámicos en la orbitopatía tiroidea

M.ª Antonia Fagundez Vargas, M.ª José Carrilero Ferrer, José Manuel Ortiz Egea
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete

Material y Métodos: Realizamos una revisión bibliográfica de estudios hemodinámicos orbitarios en pacientes con orbitopatía tiroidea. Se demuestra en ellos una alteración del flujo que varía según el grado de severidad, la actividad y el tratamiento recibido. Presentamos dos casos clínicos de orbitopatía tiroidea, uno de ellos activo severo con desprendimiento coroideo y macular seroso y otro en fase inactiva con trombosis de rama venosa de la retina en los que se ha descartado otra causa local o sistémica.
Resultados: La inflamación de los tejidos retroorbitarios producidos puede ser la causante del aumento de velocidad del flujo en arteria oftálmica y arteria central de la retina, mientras que el enlentecimiento, incluso flujo retrogrado de la vena oftálmica podría explicar los fenómenos congestivos como la quemosis, dilatación de vasos epiesclerales, aumento de PIO y el aumento de tamaño de los músculos extraoculares. Los dos casos presentados, pensamos son debidos a cambios hemodinámicos orbitario debidos a la congestión venosa orbitaria. En el caso de los desprendimientos coroideos se producirían por un aumento de la presión en la vena oftálmica, mientras que la trombosis venosa se debe probablemente a un enlentecimiento del flujo de retorno junto con un mecanismo de elongación del nervio óptico. No hemos encontrado ninguna de estas manifestaciones en la revisión bibliográfica realizada en la orbitopatía tiroidea.

Estudio descriptivo de parámetros oculares, palpebrales y constitucionales en pacientes afecto de entropion y ectropión senil completo

Estrella Fernández Martínez, Marc Figueras Roca, Rubén Torres Torres, Anna Leszczynska, Juan Felipe Spencer Vicent
Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona

Material y Métodos: Estudio descriptivo comparativo de corte. Se incluyeron pacientes que consultaron por entropion y ectropion senil completo, sin component cicatricial y sin cirugía palpebral previa (27 ojos con entropion (N) y 28 con ectropion (X), de un total de 40 pacientes). Se practicó una historia médica completa con descripción de edad, género, peso, altura, índice de masa corporal, historia de hipertensión arterial, diabetes mellitus y tabaquismo. La exploración ocular incluía: exoftalmometría Hertel, medida ultrasonográfica de la longitud axial del globo ocular, evaluación de tendones cantales, test de tracción palpebral, test palpebral de “snap-back”, test de retractores del párpado inferior, test de fuerza del músculo orbicular inferior, detección de la rotación interior del orbicular preseptal inferior, gradación del acúmulo de tejido adiposo y examinación de posible epiteliopatía corneal.
Resultados: Se han descrito algunas diferencias estadísticamente significativas entre los grupos a estudio. En cuanto a datos demográficos, se encontraron diferencias comparando género (N: 44% hombres, X: 85% hombres; $p<0.05$), edad (N: media de 74 años, X: media de 80 años; $p<0,05$) y duración de los síntomas (N:10 meses, X:24 meses; $p<0,05$). En cuanto a la exploración, el resultado medio del test de tracción palpebral inferior fue de 6.8mm en el grupo de entropion y de 8,5 mm en el de ectropion ($p<0,05$). Desinserción

de los retractores del párpado inferior se halló en hasta el 96% de entropion y el 46% de ectropion (p<0,05). Rotación interna del orbicular preseptal fue descrita en un 85% de los entropion pero en ningún ectropion (p<0,05). No se encontraron diferencias en los otros parámetros estudiados.

Estudio del efecto del traumatismo orbitario por pelota de goma, proyectil de alta energía

Estrella Fernández Martínez, Juan Felipe Spencer Vicent, Marc Figueras Roca, Jessica Matas, Anna Leszczynska, Francesc Xavier Corretger Ruhi
Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de casos de traumatismo orbitario con estallido de globo ocular por impacto de pelota de goma policial ocurridos entre mayo 2009 y marzo 2012. Se incluye descripción de las lesiones al ingreso, abordaje terapéutico y evolución.
Resultados: Se describen 4 casos de estallido ocular en pacientes de entre 24-30 años. 3 casos en ojo derecho y 1 caso en ojo izquierdo. Todos los casos presentaban estallido ocular con amplias heridas esclerales y con gran pérdida de contenido intraocular. 3 casos asociaban extensas heridas lacerantes palpebrales. En el estudio complementario por tomografía axial computarizada de órbita 3 casos presentaron múltiples fracturas orbitarias asociadas: 1 caso presentó fractura de pared superior, medial e inferior, 1 caso presentó fractura en pared superior e inferior y otro 2 presentó fractura de suelo. En cuanto al manejo quirúrgico, 3 casos fueron intervenidos de urgencia con reparación de las laceraciones esclerales y perioculares, mientras que 1 caso requirió evisceración e implante de Medpor de primera intención junto a la reparación de la fractura de techo orbitario. Los 3 casos que requirieron cirugía de urgencia fueron eviscerados con implante de prótesis de Medpor posteriormente. De los 3 casos que presentaron fractura orbitaria asociada, 2 fueron reparados mediante placa de titanio y osteosíntesis en el mismo tiempo quirúrgico de la evisceración, y 1 caso fue reparado con la misma técnica en un segundo tiempo quirúrgico después de la evisceración primaria.

Análisis de la cicatrización a largo plazo en incisiones cutáneas para la cirugía oculoplástica con aguja de Colorado frente a bisturí frio

Francisco Javier González García, Julio José González López, Marco Sales Sanz, Nieves Alonso Formento
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Material y Métodos: Se realizó un estudio comparativo transversal de no inferioridad, incluyendo 80 pacientes consecutivos operados entre los 6 y 12 meses previos con bisturí frío o aguja de Colorado de reinserción de la aponeurosis del elevador del párpado superior, tira tarsal lateral o dacriocistorrinostomía. Se realizó un apareamiento de los casos por edad, sexo y cirugía para que ambos grupos resultasen homogéneos. El tamaño muestral se predeterminó para un error alfa de 0.05 y una potencia estadística de 0.9. Las cicatrices fueron valoradas de forma indepediente mediante dos escalas validadas (Patient & Observer Scar Assesment Score y Vancouver Scar Scale) por el paciente y dos observadores entrenados.
Resultados: No se encontraron diferencias en las características basales de los dos grupos a comparar. No se encontraron diferencias entre los pacientes operados mediante bisturí frío y aguja de Colorado en las puntuaciones finales de ninguna de las escalas (POSAS p=0,562; VSS p=0,448), ni en los ítems individuales de cada una de ellas. Ninguna de las posibles variables predictoras estudiadas (edad, sexo, tipo de bisturí, fototipo) se relacionó de forma significativa con las variables resultados (POSAS y VSS) en el análisis multivariante.

Tenotomía libre de ambos rectos inferiores en el estrabismo vertical secundario a O.T.

Rosanne Gosalbez Rafel, Fernando Rodríguez Álvarez, Cecilia Campos Arcos
Hospital de la Cruz Roja de Hospitalet de Llobregat. Barcelona

Material y Métodos: El estrabismo asociado a la O.T puede aparecer hasta en un 40% de los pacientes y puede ser por afectación muscular inflamatoria (Fase aguda) o por fibrosis (Fase crónica). Se puede afectar

cualquiera de los musculos pero el mas frecuentemente afectado es el recto inf y luego siguiendo el sentido contrario a las agujas del reloj,recto medio,recto sup y excepcionalmente el recto lateral. El tratamiento en aquellos angulos inferiores es un tratamiento prismatico y por encima el tratamiento es quirurgico siempre y cuando exista un buen control de la función tiroidea,durante un periodo minimo de 6 meses y una estabilización del angulo por el mismo periodo de tiempo. Presentamos un caso de estrabismo vertical por afectación de ambos rectos inferiores con un torticolis compensatorio mentón elevado,cabeza hacia atras,en paciente varon de 42 años de edad que en su día tuvo una OT severa con buena respuesta a Pulsos de 6 M-P pero ya con estrabismo que a posteriori presentó un empeoramiento de su estrabismo proponiendo tratamiento quirurgico.
Resultados: Las alternativas de tratamiento quirurgico para este paciente eran retroceso de maximos de ambos rectos inferiores pero ante el gran angulo y bilateralidad. Se propone una tenotomia libre de ambos rectos inferiores obteniendo un buen resultado estetico y una mejoria remarcable de la calidad de vida del paciente ya que presentaba una gran incapacidad. Existen muy pocas referencias a la tecnica realizada en la bibliografia pero hemos podido objetivar que en los casos de hipotropia bilateral extrema por OT se puede esperar un buen resultado.

Resultados a largo plazo de dacriocistorrinostomía láser transcanalicular. 2007-2011

María Granados Fernández, Ricardo Romero Martin, Margarita Sánchez Orgaz, Alvaro Arbizu Duralde
Hospital Universitario La Paz. Madrid

Material y Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de las dacriocistorrinostomías laser realizadas en el Servicio de Oculoplastia y Dacriología del Hospital La Paz entre enero del 2007 y marzo del 2011. Se estudian 130 ojos de 106 pacientes tratados de obstrucción de vía lagrimal mediante dacriocistorrinostomía transcanalicular con láser de diodo. Se analizará el éxito de la intervención en relación a la altura de la obstrucción y la técnica quirúrgica. Consideraremos éxito de la intervención al lavado de vía lagrimal permeable en consulta.
Resultados: La tasa de éxito de la intervención a los 6 meses es del 46% recidivando el 54% de los ojos. El tiempo medio hasta la recidiva fue de 4 meses +/- 3,4 meses. Fueron reintervenidos mediante DCR láser el 7% de los pacientes con una tasa de éxito del 67%. El 76% de los pacientes recibieron MMC y se utilizó intubación de silicona en el 62% de los casos. No resulto estadísticamente significativo con una p=0,148 el uso de la mitomicina con el éxito quirúrgico. La utilización de intubación si resultó en el aumento del éxito quirúrgico de forma estadísticamente significativo con una p= 0,013. En cuanto a la altura de la obstrucción conocida mediante dacriocistografía prequirúrgica, la tasa de éxito aumenta según baja el nivel de la obstrucción, siendo del 25% en obstrucciones altas (canalículos o canalículo común), del 42% en la zona de saco ducto y del 51% a nivel del conducto nasolacrimal. Como conclusión decir que la DCR láser transcanalicular es un procedimiento mínimamente invasivo cuya principal limitación es la baja tasa de éxito quirúrgico a largo plazo. Debemos caracterizar bien al paciente idóneo para la realización de esta técnica con el fin de aumentar dicha tasa de éxito.

Carcinoma basocelular de párpado inferior en paciente con ictiosis, un reto para la cirugía reconstructiva

Sonia Janneth Hincapié Hincapié, Iria López Mesa
Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real

Material y Métodos: Paciente de 85 años, con ictiosis y ectropion secundario , a quien se le diagnostica un carcinoma basocelular de párpado inferior que compromete borde libre, se realiza extirpación tumoral con biopsia intraoperatoria y reconstrucción palpebral mediante flap de Hughes e injerto libre de piel.
Resultados: Extirpación tumoral completa con bordes libres de tumor y reconstrucción del párpado inferior que ofrece buen resultado funcional corrigiendo además parte del ectropión cicatricial ya existente a causa de su enfermedad sistémica.

Efectividad del masaje lagrimal en obstrucción congénita de la vía lagrimal

Sonia Janneth Hincapié Hincapié, Helena Estero Serrano de la Cruz
Hospital General Universitario de Ciudad Real

Material y Métodos: Presentamos un estudio preliminar de 35 pacientes con edades comprendidas entre los 0 y 6 meses, que presentan obstrucción congénita de la vía lagrimal en los que el tratamiento instaurado consiste en masaje de la vía lagrimal /Crigler explicado por especialistas y residentes de oftalmología y realizado por los padres . Seguimiento de 0 a 8 meses, estableciendo visitas mensules para revisión , confirmación de la realización adecuada del masaje por parte de los padres y valoración de la eficacia del mismo.
Resultados: El masaje de vía lagrimal /Crigler realizado de forma correcta, resuelve más de un 80% de los casos de obstruccion congénita de la vía lagrimal (OCVL) antes de los 8 meses.

De escleritis a enucleación: cuidado con el Fusarium

César Hita Antón, Paz Rodríguez Ausín, Cristina Míguez García, Daniel Pérez Formigó, Sara Llorente González, Lucía Gutiérrez Martín, David Antolín García
Hospital Universitario de Torrejón. Madrid

Material y Métodos: Presentamos un paciente varón de 74 años con antecedente de cirugía de estrabismo en la edad adulta que acude a consulta por enrojecimiento ocular indoloro en cuadrante nasal bulbar de semanas de evolución. Diagnosticado de escleritis anterior sectorial no infecciosa fue tratado con inmunosupresores. Un mes más tarde se evidenció infiltración corneal que evolucionó a un absceso corneal. Los raspados corneales y muestras de cámara anterior mostraron la presencia de un Fusarium resistente a voriconazol y anfotericina. Dos semanas después el paciente no tenía fulgor, diagnosticándose una endoftalmitis fúngica. La enucleación del globo se realizó a los 70 días de la primera visita del paciente.
Resultados: La escleroqueratitis por Fusarium es un cuadro de manejo complejo con gran morbilidad, que en ocasiones, puede evolucionar a endoftalmitis fúngica. La incidencia de las endoftalmitis fungicas exógenas ha aumentado desde los años 50 por el amplio uso de corticoides y la ausencia de antifúngicos eficaces. Las infecciones oculares fúngicas son más frecuentes en climas cálidos, con tratamientos corticoideos, en ambientes rurales y tras cirugías oculares. A diferencia de las endoftalmitis bacterianas, las fúngicas tienen un periodo de latencia de semanas a meses y un peor pronóstico visual. Se ha descrito hasta un 78% de evisceraciones y enucleaciones en estos pacientes en algunas series. En nuestro caso, se optó por la enucleación en lugar de la evisceración para erradicar completamente el hongo y evitar su extensión intracraneal.

Trasposición grasa con un único punto subdermico de fijación para el tratamiento del surco nasoyugal profundo

Vanessa Hristodulopulos, Ramón Medel Jiménez, Luz María Vásquez
Instituto de Microcirugía Ocular (IMO). Barcelona

Material y Métodos: Estudio retrospectivo intervencional de 23 pacientes operados en el Instituto de microcirugía ocular, entre enero 2009 y febrero 2013, a quienes se les realizó transposición grasa subperiostica por via transconjuntival modificada, con fijación de los paquetes grasos medial y central mediante un único punto subdérmico no absorbible , no extraible. La mayoría de los pacientes (87%) recibió tratamiento asociado de la piel con Acido Tricloroacetico o láser Er:CO2. Se evaluaron las características demográficas de la población intervenida y la satisfacción postoperatoria reportada por el paciente al médico. Tres oftalmólogos separados evaluaron las fotos pre y postoperatorias en cuanto a profundidad de surco nasoyugal, prolapso de bolsas grasas e hipoplasia mediofacial para determinar mejoría o no con el procedimiento. Se describe la técnica , se reportan los hallazgos intraoperatorios y las complicaciones postoperatorias.
Resultados: No hubo complicaciones intraoperatorias. Satisfaccion de 96% de los pacientes. Se observó mejoría fotográfica en todos los casos en grados variables, más evidente en los pacientes con surcos más profundos y bolsas severas. Se evidenció un mejoría más notable de la bolsa grasa respecto al surco nasoyugal

profundo. Un paciente presentó hematoma periocular postoperatorio significativo, resuelto sin complicaciones. Dos pacientes presentaron induración transitoria del pediculo graso. Un paciente presentó un granuloma en fornix inferior al mes postoperatorio, removido quirúrgicamente sin complicaciones. Todos los pacientes presentaron en el postoperatorio un edema leve/moderado esperado y resuelto. Un paciente presentó dolor transitorio con la tracción nasal del punto.

Injerto dermo-graso para el tratamiento de la exposición del implante orbitario

Vanessa Hristodulopulos, Miguel González Candial
Instituto de Microcirugía Ocular (IMO). Barcelona

Material y Métodos: Se incluyeron 10 pacientes con exposición del implante orbitario mayor de 3 mm, operados con injerto dermograso recubriendo el implante, en el Instituto de microcirugia ocular del 2002 al 2004. Se analizan las características demográficas y clínicas de los pacientes estudiados, la supervivencia del injerto y/o reexposición del implante. Se comentan otros hallazgos postoperatorios y el manejo de las reexposiciones.
Resultados: Se observó una adecuada reconstrucción inicial de la cavidad anoftálmica con buen volumen y preservación correcta de los fondos de saco. El 50% (5) de los pacientes presentaron reexposición del implante tras 2 años de la cirugía de injerto dermograso y 80% (8) a 3 años. Un paciente tenía una adecuada cavidad anoftalmica sin reexposición del implante tras 7 años de seguimiento. 2 de los pacientes con reexposición presentaron cultivos positivos para Corinebacterium spp y Staphilococo aureus y 2 pacientes mostraron quistes avasculares dentro del implante en la RMN.

Factores pronósticos del éxito en la Cirugía de ptosis palpebral superior mediante resección del músculo elevador

Marta López Fortuny, Gorka Martínez Grau
Centro Oftalmológico Barraquer. Barcelona

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de los casos intervenidos de ptosis palpebral superior mediante la técnica quirúrgica de resección del músculos elevador. Estudio observacional, no intervencionista y no randomizado en base a la revisión de los 479 pacientes intervenidos des de enero del año 2002 hasta agosto del 2012 en nuestro centro y por el mismo cirujano (GMG). Mediante criterios de inclusión y exclusión se han analizado en el estudio 254 pacientes con un total de 342 ojos operados con esta técnica.
Resultados: Se considera éxito de la técnica quirúrgica la simetría a los 6 meses entre ambos ojos (DRM 1 medido en fotografías estandarizadas) y la satisfacción en la cosmesis del paciente (registro de anamnesis en el control a los 6 meses). Se han valorado aquellos factores perOperatorios que afectan al pronóstico del éxito de la cirugía en nuestra muestra.

Manejo de fístula congénita del canalículo común

Diego Losado Bayo, Elisa Pérez Ramos, Lucía Jañez
Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles. Madrid

Material y Métodos: Varón de 15 años que presenta epífora constante derecha de un año de evolución. La inferosiringación derecha resulta parcialmente nasopermeable, parcialmente heterorrefluyente, y parte sale por el trayecto fistuloso a piel. Se evidencia tope blando a 10 mm. Se realiza una daciocistografía en la que se evidencia que el origen de la fístula es el canalículo común, siendo el llenado del saco lagrimal y el tránsito por el conducto nasolagrimal normal. Se plantea intubación del canalículo inferior y común con Mini Monoka y resección del trayecto fistuloso tras tinción con azul de metileno.
Resultados: Tras una primera cirugía en la que se realiza una resección incompleta del trayecto fistuloso se produce una recidiva temprana de la fístula lagrimal. Se reinterviene al paciente a los 3 meses de la primera cirugía realizando en este segundo caso una resección completa del trayecto fistuloso, así como un exhaustivo cierre por planos (video). Al mes y medio de la segunda cirugía se procede a retirar el minimonoka. Seis meses después de la segunda cirugía el paciente se encuentra sin epífora, no hay signos de recidiva de la fístula y la mínima cicatriz cutanea presenta buen aspecto.

Resección lamelar anterior con incisión en la línea gris para el tratamiento de la triquiasis sin entropión

Silvia Mendes, Miguel Castro, Marilyn Machado, Diana Beselga, Arminda Neves, Joana Campos, J. P.Castro Sousa
Centro Hospitalar Leiria Pombal. Leiria

Material y Métodos: Cuatro pacientes con triquiasis sin entropión del párpado inferior con el tarso sano y sin cicatrices fueron sometidos a resección lamelar anterior. Una elipse de piel y músculo fueron extirpados del párpado inferior con disección hasta las raizes de las pestañas, y fueron colocadas suturas de seda 4-00 de forma a revertir las pestañas. La piel se suturó con seda 6-00. A continuación, se realizó una incisión en la línea gris de aproximadamente 1 mm de profundidad.
Resultados: El procedimiento se llevó a cabo en el párpado inferior de cuatro pacientes (3 mujeres y 1 hombre). Los pacientes fueron seguidos durante 6 a 12 meses. No ha habido ninguna recurrencia registrada durante este período. No hubo efectos secundarios.

Cantopexia medial al alcance de todos

Cristina Míguez García, César Hita Antón, David Antolín García, Paz Rodríguez Ausín
Hospital Universitario de Torrejón. Madrid

Material y Métodos: Presentamos 3 casos de pacientes con ectropion de párpado inferior con importante componente de laxitud medial. En todos ellos realizamos una pexia del canto medial fijando el tarso al periostio de la pared medial orbitaria inmediatamente detrás de la rama posterior del tendon cantal complementando la tira tarsal lateral.
Resultados: En todos los casos se consiguió una mejor aposición del canto medio al globo ocular. Todos los pacientes refirieron una mejoría subjetiva en el aspecto y función palpebral. La malposición palpebral medial ha supuesto siempre un reto quirúrgico por las características vectoriales del tendón medial. Se han descrito diferentes técnicas quirúrgicas de diversos grados de dificultad técnica sin estar ninguna ampliamente extendida. Proponemos una alternativa ya descrita que puede resultar útil para cirujanos oculoplásticos no expertos debido a su relativa sencillez técnica y los buenos resultados objetivos y subjetivos que proporciona.

Orbitopatía inflamatoria paranoplásica secundaria a seminoma

Elena Monzó Rodríguez, Angel Arteaga Sánchez, Teresa Vozmediano Serrano
Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

Material y Métodos: Paciente varón diabético, ex fumador de 61 años de edad en tratamiento desde hace un mes con colirio Tobrex® por conjuntivitis adenovírica sin ninguna mejoría, comienza de forma aguda con dolor ocular, diplopía con restricción de la motilidad ocular extrínseca y alteraciones visuales. A la anamnesis el paciente refiere haber pérdido 15 Kg. de peso en dos semanas. Antecedentes personales de tumoración testicular de célula germinal tipo seminoma que fue extirpado hace 4 años (pT1N0M0). A la exploración presenta todos los signos clínicos compatibles con una OG, puntuándose un 7/7 en el score de actividad (CAS) con una exoftalmometría a 100 mm de 25 y 28 mm respectivamente. La TC encuentra signos característicos de OG. La AVL se mantiene de la 1, campo visual y OCT sin alteraciones, la motilidad ocular intrinseca y la visión de los colores es normal. Ante el diagnóstico de orbitopatia tiroidea grave es tratado con bolos de metilprednisolona llegando a una dosis acumulada de 7,5 gramos sin ninguna mejoría. Ante la falta de respuesta y los antecedentes tumorales se plantea el diagnóstico de síndrome paraneoplásico secundario a recaída tumoral, hallándose adenopatía interaortocava positiva en el PET-TC y anticuerpos beta-HCG positivos.
Resultados: La asociación exoftalmos y seminoma ha sido descrito en cuatro ocasiones en la literatura médica, siendo nuestro caso el segundo en producirse como síndrome paraneoplásico tras la aparición de la tumoración primaria testicular ya tratada. Los síndromes paraneoplasicos son diferentes signos y síntomas que afectan a los pacientes de cáncer y que no pueden ser explicados por el efecto local del tumor, por el de las metástasis ni por la elaboración de hormonas propias del tejido del que procede la neoplasia, sino por

sustancias proteicas, receptores ectópicos o la liberación de anticuerpos autoinmunes que dañen a tejidos propios o impidan la función de éstos. En nuestro caso la existencia de niveles elevados de la betahCG podría explicar la fisiopatología dada su similitud estructural a nivel molecular con la TSH (en su subunidad alfa), produciendo la cascada inflamatoria-proliferativa de los tejidos orbitarios, aunque en este momento el mecanismo exacto no es conocido, ésta podría ser barajada como hipótesis de trabajo en la explicación fisiopatológica de la orbitopatía, si bien es verdad no en todos los casos descritos en la literatura el péptido betahCG presentaba niveles elevados.

Extrusión de implantes de suelo orbitario. Teorías patogénicas y revisión del tratamiento

Santiago Ortiz Pérez, David H. Verity
Moorfields Eye Hospital. Londres

Material y Métodos: Presentamos 2 casos de extrusión de implantes de suelo orbitario de silicona años después de la cirugía. En ambos casos el implante erosionó la piel apareciendo en el párpado inferior. Caso 1. Varón de 60 años con antecedente de infección por VIH. Estaba siendo tratado en nuestro centro por una infección corneal cuando aquejó molestias de 2 semanas de evolución en su párpado inferior izquierdo. A la exploración se observó un implante orbitario que erosionaba la piel del párpado al nivel del reborde orbitario inferior. No había alteraciones de la motilidad ocular ni de la función visual. Tampoco se apreciaban signos infecciosos agudos. Reinterrogando al paciente éste refería un traumatismo craneofacial 15 años atrás por el que requirió cirugía reconstructiva en otro centro. Se realizó una exploración quirúrgica de la herida extrayéndose un implante de suelo orbitario de silicona. Alrededor del mismo se observaba una cápsula fibrosa con crecimiento epitelial en continuación con la piel; se realizó legrado interno de la cápsula y se cerró por planos. Tras 1 año de seguimiento la evolución es buena sin secuelas. Caso 2. Varón de 52 años sin antecedentes de interés. Consultó en nuestro centro por presentar desde hacía 2 semanas molestias en su párpado inferior derecho y un cuerpo extraño que aparecía a través de la piel a ese nivel. A la exploración se constató un implante de suelo orbitario que erosionaba la piel a nivel del reborde orbitario inferior. La motilidad ocular resultó normal así como el resto de la función visual. No había signos de infección aguda. Se realizó una exploración quirúrgica para extraer el implante de silicona. En este caso también se apreciaba una cápsula fibrosa cuyo lumen se continuaba con el exterior a través de la herida. Se realizó un legrado cuidadoso del mismo, separación de los tejidos por planos y cierre. Tras 6 meses de evolución la evolución es buena sin secuelas.
Resultados: La mayoría de complicaciones asociadas a los implantes de suelo orbitario se presentan poco después de la cirugía, las complicaciones a largo plazo son más raras pero también han sido descritas. Existen muchas referencias en la literatura médica a propósito de estas complicaciones, pero la mayoría son reportes de pocos casos por lo que la información es heterogénea. El uso de los distintos materiales en reconstrucción de las paredes orbitarias depende de numerosos factores como el tamaño de la fractura, la disponibilidad del implante, su precio, o incluso la moda que en determinado momento predomine entre los especialistas. Los implantes de suelo orbitario de silicona (Silastic®) pertenecen al grupo de los implantes aloplásticos, empezaron a usarse en 1963 y tuvieron mucha difusión durante varias décadas, mostrando buenos resultados. Las principales propiedades de la silicona incluyen el ser inerte, flexible, de fácil manipulación y de bajo coste. Sin embargo, con el advenimiento de los implantes porosos biointegrables y dada la reiteración de reportes sobre complicaciones asociadas a los implantes de silicona, éstos se han ido abandonando y son hoy en día menos usados que antes. Aunque raras, las complicaciones asociadas a este tipo de implantes pueden ocurrir años después de su implantación, como los casos que presentamos. En ocasiones estas complicaciones representan un reto diagnóstico ya que los pacientes no refieren el antecedente de cirugía orbitaria.
La migración y extrusión de implantes de suelo orbitario ha sido descrita en pocos casos, tanto hacia los senos paranasales como a través de la piel periocular. La fisiopatología del proceso se desconoce aunque se ha postulado que la cápsula fibrosa que se forma alrededor de estos implantes podría contraerse al cabo de los años y expulsar el implante, que migraría por la zona circundante más débil, normalmente el acceso de la cirugía previa. Esta teoría sin embargo deja algunas incógnitas sin resolver, como los casos en los que el implante se expulsa hacia los senos y no a través del acceso quirúrgico, o por qué no hay reportes de extrusión de implantes a través de la conjuntiva, siendo el acceso conjuntival el más usado desde hace algunos años; de hecho, en la zona del mencionado acceso cabría esperar cierto grado de fibrosis que no necesariamente tendría que ser una zona débil por donde el implante pueda extrudirse. Se podrían postular otras teorías para sumar a la ya mencionada, como una presión crónica sobre los tejidos, que ocasionaría cierto grado de isquemia sostenida, la cual que acabaría debilitando los mismos y ocasionando la extrusión del implante. Esta segunda teoría

sería plausible sobretodo en casos en los que el implante no se encuentra bien colocado, favoreciendo así el roce y presión crónicos sobre tejidos, que finalmente se irían debilitando y desintegrando. Estudios mediante técnicas de imagen de alta resolución, seriados en el tiempo, en pacientes portadores de este tipo de implantes podrían aportar más datos sobre la fisiopatología de este tipo de complicaciones. Ante cualquier paciente con sintomatología orbitaria o rinosinusal resulta importante realizar un interrogatorio dirigido para descartar cirugía orbitaria previa; en caso de confirmarse la misma, normalmente se completa el diagnóstico con una tomografía computarizada de la órbita, que nos dará información sobre la presencia de implantes orbitarios, su colocación en el macizo facial y la integridad de las estructuras circundantes. Si se observa la extrusión de un implante a través de la piel, debe extraerse el mismo en quirófano de forma cuidadosa, ya que aunque normalmente no está adherido a estructuras internas podría producirse alguna lesión de estructuras importantes a ese nivel. Después se han de separar bien los tejidos por planos ya que normalmente existen adherencias entre los mismos que imposibilitan el cierre directo. También interesa legrar el interior de la cápsula que suele tener crecimiento epitelial, lo cual podría originar quistes de inclusión o fistulas cutáneas crónicas. Una vez restablecida la anatomía se realiza el cierre por planos. Normalmente no es necesario un implante secundario ya que la cápsula fibrosa que crece alrededor del implante conforma el nuevo suelo orbitario. Nuestra experiencia y la de la mayoría de autores se basa en casos aislados, por ello sería interesante y de utilidad realizar estudios prospectivos con mayor número de casos, con el fin de establecer la verdadera incidencia de complicaciones asociada a cada tipo de implante, así como la fisiopatología de las mismas; pero la gran variedad de implantes, el relativo bajo número de este tipo de cirugías, y el seguimiento tan largo que se necesitaría hacen muy difícil la realización de estos estudios. También resulta de interés comunicar los casos de complicaciones asociadas a estos implantes, para intentar entender la fisiopatología de las mismas, y para recordar sobre la importancia de una buena técnica quirúrgica en el momento de la implantación, colocando el implante por detrás del reborde orbitario y sin ejercer presión excesiva sobre ninguna estructura o tejido de la órbita.

Colgajo de avance de mejilla para reconstrucción de tumores de párpado inferior

Elena Pérez Díez, Alicia Pérez Bustillo, José Alvaro Toribio García, Bárbara Martín Escuer, Esther Rodríguez Domingo, Carlos Lobato Fuertes
Complejo Asistencial Universitario de León

Material y Métodos: Presentamos dos casos de tumores palpebrales de párpado inferior con afectación de lamela anterior en los que se realizó resección del tumor y reconstrucción mediante colgajo de avance de mejilla. El primer caso se trató de una mujer de 84 años que presentaba lesión indurada y ulcerada en lamela anterior de párpado inferior de 13 mm x 9 mm, de 6 meses de evolución. Se realizó biopsia que fue informada como epitelioma basocelular ulcerado patrón metatípico queratótico. Se realizó extirpación de la lesión con márgenes de seguridad y reconstrucción mediante colgajo. Para ello realizamos incisión lineal a lo largo del borde superior del defecto y en dirección ascendente. Realizamos una segunda línea de corte en sentido descendente (paralela a pliege nasogeniano). En ambos extremos realizamos triángulos de descarga. Se realizó disección del colgajo a nivel subcutáneo en la mejilla hasta cubrir el defecto sin tensión. Para finalizar suturamos con puntos sueltos de seda de 4/0 y 6/0 y «punto de esquina» en el extremo del colgajo. El segundo caso se trató de una mujer de 88 años que presentaba lesión sobreelevada, nacarada, vascularizada y umbilicada a nivel central de 4 meses de evolución en lamela anterior de párpado inferior. Se realizó biopsia que fue informada como carcinoma basocelular. Se realizó extirpación de la lesión con márgenes de seguridad y reconstrucción mediante colgajo de avance de mejilla como en el caso anterior.
Resultados: El avance de un colgajo miocutáneo suele ser la mejor elección para reparar defectos de la lamela anterior palpebral. El resultado de este tipo de colgajo es excelente a nivel estético y funcional, ya que no producen ningún tipo de alteración en la posición de la lamela posterior y tienen una buena cicatrización.

Colgajo en damero para la reconstrucción palpebral

Elisa Pérez Ramos, Diego Losado Bayo
Hospital Rey Juan Carlos. Madrid

Material y Métodos: Paciente varón con una lesión queratósica en el tercio medio del párpado superior izquierdo de varios meses de evolución, se decide realizar extirpación quirúrgica de la lesión con envío de muestra para estudio anatomopatológico, bajo anestesia local. En esta técnica, en primer lugar se dibuja en

la piel una marca igual a la de la blefaroplastia, siguiendo la trayectoria del pliegue cutáneo. A continuación, tras la extirpación de la lesión, se talla un colgajo de piel de avance rectilíneo en el tercio medio de la marca de blefaroplastia, disecando la piel del tercio lateral y medio de la misma, lo cual permite un correcto desplazamiento del colgajo, disminuyendo de esa forma la tensión y, por tanto, el estiramiento de la piel
Resultados: El colgajo en damero se trata de un colgajo de avance rectilíneo para cubrir pérdidas moderadas y grandes del párpado superior en lesiones superficiales, en las que sólo se extirpa la piel. En este tipo de colgajos, el desplazamiento depende de la elasticidad de la piel, la cual sufrirá un importante estiramiento y estará sometida a una importante tensión. Se trata de una técnica rápida y sencilla que ofrece muy buenos resultados estéticos.

Tumores perioculares benignos en adultos con origen en el folículo piloso. 30 casos

Silvia Pérez Trigo, Enrique Mencía Gutiérrez, Alvaro Bengoa González, Esperanza Gutiérrez Díaz, María Dolores Lago Llinás
Hospital Universitario doce de Octubre. Madrid

Material y Métodos: El pilomatricoma, el tricoepitelioma, el tricolemoma, el tricoblastoma y la queratosis folicular invertida, constituyen el grupo más numeroso de los tumores derivados del folículo piloso perioculares en el adulto. Son escasamente conocidos clínica y patológicamente por su presentación poco frecuente y compleja histogénesis, según sea el folículo, la matríz, la vaina externa o el infundíbulo.
Resultados: Se presenta una serie de 30 de estos tumores, en el que el más numeroso es el pilomatricoma (13 casos-43,33%), seguido por el tricoepitelioma (10 casos-33,33%). El tricolemoma y la queratosis folicular invertida se presentan con menor frecuencia (3 casos-10,00%), y es excepcional el tricoblastoma (1 caso-3,33%). Esta serie corresponde al 1,25% (30/2.394) de todos los tumores palpebrales benignos recogidos entre 1992 y 2011 (20 años) en nuestro hospital. La edad media de presentación fue de 47 años; 18 fueron mujeres y 12 hombres. Todos se presentaron de forma aislada o única sin historia familiar. La localización fue en 16 casos-53,33% el lado derecho, en 24 casos-80% el párpado superior, en 16-53,33% el tercio medio, y 11 en casos-36,66% el borde libre. El eje mayor medio fue de 0,75 cm, más grande el pilomatricoma (1,5 cm) y más pequeño la queratosis folicular invertida (0,3 cm). Ninguno recurrió tras un periodo de seguimiento medio de 6 años. El principal diagnóstico diferencial clínico es con el carcinoma de células basales. En nuestra serie, la correlación clínico-patológica fue correcta en sólo el 50% de los pilomatricomas; el 30% tuvieron un diagnóstico clínico previo de carcinoma de células basales. La escisión completa con márgenes de seguridad es el tratamiento de elección, y el estudio histopatológico es imprescindible.

Colgajo pediculado en isla en la reconstrucción de tumores perioculares

Silvia Pérez Trigo, Alvaro Bengoa González, Enrique Mencía Gutiérrez, María Dolores Lago Llinás, Mario Malmierca
Hospital Universitario doce de Octubre. Madrid

Material y Métodos: Describimos la utilidad y la realización de los colgajos con pedículo miocutáneo en isla para reconstrucción de los defectos de diferentes tamaños y localizaciones creados por la exéresis de tumores perioculares.
Presentamos una revisión de 21 casos de defectos de tumores perioculares reconstruidos mediante colgajos pediculados en isla operados en nuestro servicio entre los años 2009 y 2012. Las diferentes localizaciones del defecto reconstruido fueron el canto medial, párpado inferior-malar y zona supraciliar. En algunos casos se combinó con otros colgajos.
Resultados: Los casos intervenidos fueron 20 epiteliomas Basocelulares (14 de canto interno y 5 entre la zona de párpado inferior y canto medial, 1 en parpado inferior- zona malar) y un Epidermoide de la zona supraciliar. El colgajo se elevó mediante la disección del músculo siguiendo la dirección de sus fibras sin dañar el pedículo aprovechando la gran vascularización de la zona, para trasladarlo o transposicionarlo sin tensión hasta el defecto. En ningún caso el tumor primario recurrió. Los casos de dehiscencia de bordes, retracción o inflamación de colgajo fueron muy escasos. Los resultados cosméticos fueron muy satisfactorios tanto en los casos que se realizó de forma individual como en los realizados de forma combinada con otros colgajos. Estos colgajos permiten cubrir el defecto de forma sencilla y segura sin comprometer el cierre de

la zona donante, utilizando menor cantidad de tejido que otros colgajos, con un buen aporte vascular y un espesor adecuado, con una mínima tasa de complicaciones y consiguiendo un buen resultado estético.

Intubación monocanalicular versus bicanalicular en la dacriocistorrinostomía externa

Silvia Pérez Trigo, Alvaro Bengoa González, Beatriz de Lucas Viejo, Alicia Muñoz Gallego, Enrique Mencía Gutiérrez, María Dolores Lago Llinás
Hospital Universitario doce de Octubre. Madrid

Material y Métodos: Presentamos un trabajo prospectivo aleatorio simple ciego, que compara la eficacia y tolerancia de la intubación monocanalicular y la bicanalicular en la dacriocistorrinostomía externa (DCR-ext). Se realiza en 100 pacientes con obstrucción adquirida del conducto nasolagrimal, con mayor riesgo de recurrencia (brotes previos de dacriocistitis aguda -DCA, epifora mucopurulenta, sacos pequeños y/o inflamados, colgajos pequeños y membranectomía distal por fibrosis en la salida del canalículo común), intervenidos entre Enero de 2010 y Enero de 2012. Todos fueron operados por el mismo cirujano y con la misma técnica quirúrgica, en la que aleatoriamente se decidió colocar intubación monocanalicular (n=50) o intubación bicanalicular (n=50). En las 4 visitas realizadas postcirugía (2 semanas, 4-6 semanas visita empleada para retirar los tutores, 6 meses y 12 meses) se registró la sintomatología del paciente además de las complicaciones que pudiesen haber aparecido (sensación de roce, de cuerpo extraño intranasal, queratitis, extrusiones, pérdidas de los tutores, etc). Si refería mejoría completa o significativa de la epifora, epifora mucopurulenta o brotes de DCA, era considerado como éxito funcional de la cirugía. Para determinar el éxito anatómico se realizó siringación de la vía lagrimal y valoración del menisco lagrimal con fluoresceína mediante biomicroscopía.
Resultados: Los pacientes con intubación monocanalicular tuvieron un éxito funcional mayor en la primera visita comparado con el grupo bicanalicular, siendo similar al final del estudio. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el éxito anatómico entre ambos grupos ni en la visita en la que retiramos los tutores ni al final del estudio. Un mayor número de pacientes del grupo bicanalicular tuvo alguna complicación (extrusión de tutores, sensación de cuerpo extraño intranasal y sensación de cuerpo extraño ocular) frente al de intubación monocanalicular. La intubación monocanalicular en la DCR- ext es tan segura y eficaz como la intubación bicanalicular. Esta técnica presenta ventajas sobre la intubación bicanalicular, como su fácil colocación y retirada, el menor tiempo quirúrgico, uso de un sólo canalículo y sobre todo menores molestias para el paciente en el postoperatorio.

Inflamación orbitaria esclerosante idiopática, a propósito de dos casos

Sebastián Prieto Briceño, Nuria Ibáñez Flores, Marcela Bermúdez Silva, Xavier Graell Martín, Vanesa Cuadrado Claramonte
Instituto Catalán de Retina (ICR). Barcelona

Material y Métodos: Presentamos 2 casos de inflamación orbitaria esclerosante idiopática: Caso 1: mujer de 52 años de edad con afectación unilateral de inicio agudo. Caso 2: mujer de 42 años de edad con afectación bilateral de instauración progresiva.
Resultados: Ambos casos tienen una presentación clínica inusual, ya que la inflamación orbitaria esclerosante idiopática suele ser un proceso unilateral de presentación insidiosa y curso crónico.

Aspergilosis sinu-orbitaria invasiva localizada con infiltración del nervio óptico y músculos extraoculares

Simón Quijada Angeli, Esther Santos Vicente, M. Alejandra Amesty Morello, Carlos Sjöholm Gómez de Liaño, Mónica Hijos Gastón, Esther Rivera Ruiz, Ithzel Villarreal Patiño, Diego López Arango, Rosa Gutiérrez Bonet, Belén Sirvent López
Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

Material y Métodos: Evaluación de la afectación oftalmológica por Aspergillus fumigatus en el contexto de afectación sinuorbitaria invasiva localizada mediante el estudio transversal de un caso de afectación de órbita con implicación de nervio óptico y músculos extraoculares.

Resultados: Paciente con antecedentes personales de interés de insuficiencia hepática, Diabetes e hipotiroidismo, quien presenta 3 días de proptosis, hipotropia del OI, con agudeza visual de movimientos de mano en ojo izquierdo. A la exploración se objetiva: paresia de los movimientos extra-oculares izquierdos exceptuando la lateralización izquierda e infraducciòn-izquierda y disco óptico Izquierdo con leve borramiento del borde nasal. Se realiza TAC que evidencia engrosamiento del Nervio óptico, seno cavernoso, seno esfenoidal y del recto inferior izquierdos y completándose el estudio con RM que evidencia signos indirectos de afectación por Aspergilosis invasiva, con ocupación del vértice orbitario. Se toman muestras para cultivo y biopsia para anatomía patológica confirmando el diagnostico. Tras tratamiento con Itraconazol y Prednisolona disminuye la próptosis, inflamación intraorbitaria y ocupación de senos paranasales, recobrando la motilidad extraocular; persiste finalmente atrofia óptica con amaurosis del ojo afectado.

Exenteración Orbitaria ampliada

L. M. Redondo González
Hospital Universitario Rio Hortega. Valladolid

Material y Métodos: Diseño. Serie de casos intervencional. Se estudiaron dos pacientes de 90 y 67 años de edad, mujer y varón respectivamente. Se realizó examen oftalmológico y TAC orbitario. Ambos pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente de su alteración orbitaria. Se estudió la evolución postoperatoria.
Resultados: Ambos pacientes presentaban una neoplasia maligna con extensión extraórbitaria. La primera padecía un carcinoma basocelular palpebral con múltiples recidivas y signos clínicos y radiológicos de invasión ósea. El segundo paciente presentaba un adenocarcinoma en órbita con signos radiológicos de afectación de senos paranasales. Se realizó una exenteración ampliada con bisturí piezoeléctrico de forma combinada con servicio maxilofacial. El tumor fue extirpado en su totalidad en ambos casos y se realizó en el mismo momento reconstrucción del defecto con colgajo de músculo temporal. En el segundo caso se confirmó la presencia de un adenocarcinoma apocrino originado en senos paranasales con invasión orbitaria secundaria. En ambos casos el postoperatorio transcurrió sin incidencias.

Complicaciones de injertos de lámina posterior

Andrea Sales Sanz, Hae-Ryung Won Kim, Marco Sales Sanz, Andrea Sanz López
Clínica Rementería. Madrid

Material y Métodos: Revisión de 120 pacientes operados con injertos de lámina posterior en los últimos 10 años.
Resultados: Las principales complicaciones encontradas fueron: erosiones corneales, granulomas conjuntivales, retracción palpebral superior, irregularidades palpebrales y retraso en el descenso del párpado inferior. Los injertos de lámina posterior son habitualmente seguros y eficaces en la reconstrucción palpebral, pero pueden producir distintas complicaciones, generalmente, menores y fácilmente corregibles.

Corrección del entropión marginal mediante el procedimiento de Wies

Alvaro Toribio García, Elena Pérez Díez, Bárbara Martín Escuer
Complejo Asistencial Universitario de León

Material y Métodos: El entropión marginal es un tipo de entropión cicatricial que afecta fundamentalmente al tarso provocando una triquiasis. Se han descrito varios procedimientos para corregir esta patología. Esta comunicación se centrará en comparar dos de ellos: la fractura tarsal y el procedimiento de Wies. Se recogieron los datos de los pacientes intervenidos de entropión marginal en los tres últimos años, desde marzo de 2010 a febrero de 2013, registrando un total de 19 intervenciones de 13 pacientes, de las cuales 11 intervenciones fueron mediante fractura tarsal y 8 mediante el procedimiento de Wies.
Resultados: En los pacientes intervenidos mediante fractura tarsal fue necesario un segundo procedimiento (termocoagulación, injerto de mucosa labial, procedimiento de Wies,…) en un 45% de los casos, siendo por tanto el porcentaje de pacientes con éxito de un 55%. El porcentaje de éxito en pacientes intervenidos de forma primaria mediante el procedimiento de Wies fue del 88%. Concluimos que el procedimiento de Wies

es rápido, poco sangrante, más eficaz que la fractura tarsal por lo que consideramos que debería ser nuestra técnica de elección en el tratamiento de la triquiasis producida por entropión marginal.

Coexistencia de Miastenia Gravis Ocular y Orbitopatía de Graves: Serie de Casos

Laura Valcarce Rial, Ignacio Rodríguez Uña, Juan Antonio Troyano Rivas, Rosario Gómez de Liaño Sánchez, Mercedes Serrador García, Ángel Romo López, Cristina Niño Rueda, Eva Vico Ruiz
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Material y Métodos: Hemos llevado a cabo un estudio descriptivo retrospectivo para estudiar la asociación de miastenia gravis (MG) ocular y orbitopatía de Graves (OG) en pacientes de la Comunidad de Madrid. Hemos seleccionado los pacientes que acudieron en el último año a la consulta de órbita con sospecha y/o diagnóstico de OG y MG (6 pacientes). Todos habían sido evaluados mediante el mismo cuestionario sobre síntomas subjetivos asociados y oftalmólogos con experiencia en OG habían puntuado un baremo de actividad clínica (CAS o Clinical Activity Score), exoftalmos, diplopía, ducciones oculares, agotamiento muscular palpebral, test del hielo, y retracción palpebral. A su vez se recopilaron datos sobre anticuerpos AntiAcetilColina (anti-ACh), anticuerpos anti-Kinasa específica muscular (anti-Musk), elegtromiografía de fibra única (EMG jitter), y otros tratamientos, signos y síntomas neurológicos. Se revisaron sus historias clínicas para comparar todos estos datos en el momento del debut de la MG con el debut de la OG.
Resultados: Descripción de la muestra: La media de edad fue de 52 años. 67% mujeres y 33% hombres. El estado hormonal al inicio de los síntomas fue hipertiroidismo en un 50% de pacientes, eutiroidismo en un 32% e hipotiroidismo en un 16%. Debut: La OG debutó antes que la MG en el 68 % de pacientes, después en el 16% y a la vez en otro 16%. Inflamación: La mediana del CAS (Clinical Activity Score) en el diagnóstico de MG fue de 0 con un rango 0-2. La mediana en el momento del diagnóstico de OG fue de 2 con un rango 1-4. No encontramos diferencias en la medida del exoftalmos al diagnóstico de una y otra patología. Motilidad ocular: 4 de los 6 pacientes padecían diplopía tanto al inicio de la MG como de la OG. Al comenzar los síntomas de la MG la mayoría de los pacientes sufrían restricciones musculares <15º (moda), mientras al comenzar la OG la moda era una restricción de entre 15 y 30º. Los estrabismos más frecuentes al diagnosticar MG eran exotropia (XT) e hipotropia (hT) (2 pacientes con XT y 2 con hT) mientras el 50% no mostraba ningún tipo de estrabismo. Por la contra, al sospechar OG el 68% de los pacientes mostraban hipotropia, 1 paciente exotropia y un paciente hipertropia (HT). Párpados: Encontramos diferencias significativas en la presencia de ptosis, al inicio de la OG solo 1 paciente la padecía, mientras que era demostrable en 5 de los 6 pacientes al inicio de la MG. De similar forma, existía algún grado de retracción palpebral en todos los pacientes en el debut de la OG, pero solo 2 en el debut de la MG. Tratamiento: En 3 de los pacientes estudiados se indicó descompresión orbitaria, uno de ellos la rechazó. 4 pacientes estuvieron en tratamiento con piridostigmina (mestinon) vía oral, 2 de ellos precisaron prednisona vía oral y 3 además bolos de metilprednisolona intravenosa. Otros 2 pacientes en tratamiento con piridostigmina recibieron selenio (selenoprecise). Y hubo 2 pacientes que recibieron tratamiento conservador con lubricantes de la superficie ocular. En cuanto a las pruebas complementarias de la MG: El 100% de los individuos presentaban el fenómeno de agotamiento muscular palpebral. El 50% mejoraban con la aplicación tópica de hielo. Solo en 2 pacientes de los 6 obtuvimos Anti-ACh positivos. Los otros 4 pacientes fueron diagnosticados de MG seronegativa con antiACh y antiMusk negativos. El EMG (Jitter) demostró la afectación postsináptica de la placa motora en los mismos 2 pacientes con AntiACh positivos.

Matriz dérmica artificial en combinación con injerto cutáneo parcial en cirugía de retracción palpebral

Lucía Verdejo Gómez, Juan Miguel Esteban Masanet, J. Barres, S. de Francia, J. Pablo Aracil
Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón

Material y Métodos: Se presentan casos clínicos en los que se utiliza Matriderm®, una matriz de colágeno y elastina artificial en el lecho de defectos cutáneos oculofaciales; sobre la misma se coloca un injerto cutáneo de espesor parcial autólogo que se ha mallado previamente. El proceso se realiza en un mismo tiempo quirúrgico.
Resultados: En un único acto quirúrgico se coloca el injerto cutáneo de espesor parcial autólogo en el defecto cutáneo oculofacial. La matriz de colágeno artificial aporta un lecho que sirve de soporte para la regene-

ración dérmica y tiene propiedades moduladoras de la cicatrización. La matriz artificial favorece la adecuada hemostasis reduciendo la incidencia del fracaso del injerto por hematomas. El injerto cutáneo queda bien integrado en todos los casos en el postoperatorio tardío con un resultado estético aceptable.

Reconstrucción de grandes defectos de canto interno según unidades estéticas faciales

Hae-Ryung Won Kim, Andrea Sales Sanz, Marco Sales Sanz, Andrea Sanz López
Hospital Universitario La Princesa. Madrid

Material y Métodos: Se presentan 3 casos de reconstrucción de grandes defectos postumorales de canto interno reconstruidos mediante respeto de las distintas unidades esteticas perioculares. Dos de ellos mediante colgajo glabelar y colgajo de Tenzel y otro mediante colgajo glabelar y colgajo de Mustarde.
Resultados: En los tres casos se consiguió un resultado oncológico, anatómico y funcional adecuado, mejor que cuando se reconstruye todo el defecto con un tipo unico de colgajo o injerto.

Sarcoma mieloide orbitario: a propósito de un caso

Darío Álvarez Fernández, Paloma Rozas Reyes, Carmen María González Rodríguez, Paula Talavero González
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Material y Métodos: Varón de 59 años, con antecedente de leucemia mieloide aguda M4 con una última recidiva extramedular en forma de sarcoma mieloide retroperitoneal, que llega a nuestra consulta derivado desde el servicio de Hematología para biopsia de lesión intraorbitaria. La masa es resecada y el estudio patológico revela un nuevo sarcoma mieloide. El paciente no presentó signos de afectación medular. Bajo tratamiento radioterápico coadyuvante, la evolución es satisfactoria hasta el momento actual.
Resultados: El sarcoma mieloide, a pesar de ser una lesión poco común en pacientes adultos, ha de incluirse siempre en el diagnóstico diferencial de una masa orbitaria en un paciente con antecedentes leucémicos.

Reconstrucción palpebral con injerto condronasal

Darío Álvarez Fernández, Paloma Rozas Reyes, Carmen María González Rodríguez, Paula Talavero González, Noemí Eiris Salvado
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Material y Métodos: Varón de 86 años que llega a nuestra consulta derivado desde el servicio de Dermatología para cirugía de carcinoma basocelular de párpado inferior de longitud casi total y afectación de borde libre. Ante la presencia de múltiples lesiones actínicas y el antecedente de otras lesiones actínicas bowenoides, nos decantamos por exéresis completa del tumor, con reconstrucción mediante injerto de cartílago condronasal y colgajo nasogeniano y rotacional de la mejilla, con buena evolución.
Resultados: La cirugía reconstructiva palpebral debe estudiar las características de cada caso individualmente en aras de elegir la mejor técnica posible. La reconstrucción con injerto de cartílago condronasal y colgajo rotacional cutáneo es una técnica útil en los defectos de espesor completo, en especial cuando otras técnicas no resultan apropiadas.

Carcinoma sebáceo: dificultad diagnóstica

Darío Álvarez Fernández, Carmen María González Rodríguez, Paloma Rozas Reyes, Paula Talavero González
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Material y Métodos: Varón de 59 años que llega a nuestra consulta para reintervención de chalazion en párpado superior izquierdo por recidiva tras una primera cirugía practicada 9 meses antes. En la intervención, la tumoración, encapsulada y de unos 4 x 7 mm, muestra un contenido amarillento inusual, por lo que se envía para estudio histológico, el cual arroja el diagnóstico de carcinoma sebáceo. Dos semanas tras la cirugía, una resonancia magnética señala la presencia de un nódulo intraparotídeo, estudiado también ecográficamente se describe como inaccesible para punción, por lo que es evaluado para biopsia quirúrgica (parotidectomía) por el servicio de otorrinolaringología. El paciente recibe radioterapia radical con buena evolución hasta el momento.
Resultados: El carcinoma sebáceo suele conllevar un retraso en su diagnóstico debido a su en muchas ocasiones aspecto benigno. Sin embargo, se trata de un tumor muy agresivo, por lo que un apropiado estudio anatomopatológico debería realizarse ante la mínima sospecha.

Síndrome de Parry Romberg: a propósito de un caso

Ana María Angulo Granadilla, Ignacio Tapias Elías, María del Rosario Haro Ramos, Alberto Escudero Villanueva, Javier Ráez Balbastre
Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Material y Métodos: Varón 39 años remitido desde consultas de Dermatología por episodios de inflamación en hemicara izquierda de 2-3 años de evolución en estudio. Como antecedentes personales anticuerpos an-

tiborrelia burgdoferi positivos. A la exploración se objetiva ptosis ceja, induracíon de mejilla y hemiatrofia facial izquierda. No enoftalmos. Resto de exploración oftalmológica dentro de la normalidad. Se realiza biopsia cutánea donde se observa engrosamiento y esclerosis en dermis con infiltrado inflamatorio linfoide. No granulomas .Tinción para espiroquetas y PCR negativa.En resonancia magnética nuclear se aprecian cambios inflamatorios-fibrosis en region mentoniana y malar izquierda con afectación de mandíbula. Con el diagnóstico de hemiatrofia facial progresiva izquierda se inicia tratamiento con doxicilina oral. Debido a una reacción local, se suspende doxiciclina y se inicia tratamiento con corticoides orales ciclo corto, mejorando la clínica.

Resultados: La etiología del Síndrome de Parry Romberg es desconocida.Muchos autores proponen como causa un malfuncionamiento del sistema nerviosos simpático.En algunos casos se ha asociado a serología positiva para la enfermedad de Lyme(Borrelia Burgdorferi). Clinicamente cursa con atrofia unilateral de la piel, atrofia de la grasa subcutánea y rara vez hueso y músculo, ocasionando asimetría facial. La afectación ocular varía entre el 10-35% de los casos e incluye enoftalmos debido a la pérdida de grasa orbitaria y rara vez uveitis y vasculitis retiniana. Histológicamente presenta atrofia del epitelio y la dermis con fibrosis y pérdida de grasa subcutánea,atrofia de folículos pilosos e inflamación crónica perivascular.

Hay que hacer un diagnóstico diferencial con la esclerodermia lineal(en la cual la inflamacion perivascular es masiva,con pérdida de tejido elástico en la dermis)y descartar su asociación con la enfermedad de Lyme a través de la tinción de plata. El tratamiento en fase activa de la enfermedad es con corticoides e inmunosupresores.Los casos asociados a enfermedad de lyme se tratan con antiboticos como penicilinas y ceftriaxona intravenosos.

Enfermedad inflamatoria orbitaria idiopática o linfoma B orbitario tipo MALT: un desafío diagnóstico

Gabriel Angel Arcos Algaba, Ramón Medel Jiménez, Daniel Velázquez Villoria, Tirso Alonso Alonso, Luisa Vélez Escolá

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

Material y Métodos: Presentamos un caso de un paciente varón de 51 años que acudió al servicio de oftalmología del Hospital Vall d´Hebron por una tumoración en el cuadrante superotemporal izquierdo a nivel de la fosa lagrimal de 1 año de evolución. En la RMN se observaba que la tumoración se extendía al espacio intraconal. La masa provocaba hipoglobo y proptosis (oftalmometría de Hertel 14/24 mm con base de 96mm), sin afectar la agudeza visual (AV), ni otras alteraciones en la exploración oftalmológicas. El paciente refería que en el transcurso de ese año había recibido tratamiento con corticoides en otro centro con mejoría leve de la tumoración. Se realizó una biopsia incisional, a nivel de la glándula lagrimal y de la porción intraorbitaria del tumor. El resultado de la Biopsia sugirió una Enfermedad inflamatoria orbitaria idiopática (EIOI) por lo que se inicia tratamiento con prednisona oral 60mg/día y pauta descendente en 2 meses, sin mejoría significativa. Tras 18 meses de seguimiento y no haber cambios clínicos o imagenológicos del tumor, se decide repetir la Biopsia, con la cual se diagnostica un Linfoma B de bajo grado de tipo MALT. Se inicia el tratamiento del linfoma a cargo del servicio de Hematología logrando su remisión completa.

Resultados: Ante todo paciente que clínicamente sugiera una patología linfoproliferativa debemos realizar siempre una biopsia para confirmar el diagnóstico e iniciar el tratamiento especifico, ya que los corticoides incluso pueden simular una respuesta leve al tratamiento y retrasar el diagnóstico. Si la respuesta clínica no es la esperada debemos plantearnos repetir la biopsia para descartar tanto un falso negativo de la muestra inicial como una transformación maligna de la enfermedad de base.

Quiste aracnoideo y fosfeta papilar; importancia de la punción guiada por TAC

Carlos Ariza Molina, Carmen Avilés Mora, Cristina Romero Sánchez

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Material y Métodos: Presentamos el caso de una paciente de 24 años, diagnosticada hace 7 años de foseta papilar (en OI) y que eventualmente tras una diminución de AV (0,2 en OI) se evidencia en RM quiste aracnoideo en nervio óptico. Se observa PIO normal, limitación de la supraversión y abducción. Mediante OCT edema minimo en complejo celulas ganglionares del haz papilo macular y leve diminución de fibras

del nervio optico en cuadrante temporal. Angiografía normal. Aumento de la mancha ciega en CV. Tras sesión multidisciplinar con Neurocirugía y Radiologia se decide punción del quiste guiada por TAC. Adjuntamos documentación gráfica del proceso.
Resultados: Destacamos la importancia de la punción guidada por TAC dada la necesidad de obtener el origen histológico del contenido del quiste aracnoideo. Existen multiples tipos celulares en este tipo de lesiones algunos de los cuales son carcinomatosos, de ahí el papel de esta maniobra de punción. En nuestro caso el contenido de la lesión es LCR. Por otro lado tras la punción se consigue evacuar el contenido de la misma si bien tras la reevaluación de la paciente al mes de la intervención se observa la recidiva del volumen inicial del quiste. Actualmente se está coordinando su abordaje quirúrgico por parte de neurocirugía, dado el compromiso de la AV en el paciente.

Orbitopatía tiroidea tratada con tocilizumab

Carmen Avilés Mora, Cristina Romero Sánchez, Carlos Ariza Molina, M.ª José Pérez Cordobés
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Material y Métodos: En la Orbitopatía tiroidea la afectación orbitaria grave es poco frecuente (5% de los pacientes con enfermedad de Graves) y puede ser necesario un tratamiento agresivo. ¿Pero qué hacer si se agota el arsenal terapéutico? Presentamos el caso de una paciente que nos llega con hipotiroidismo posablación tiroidea con yodo radiactivo y una Orbitopatía tiroidea muy evolucionada. Se inicia tratamiento con pauta de corticoides intravenosos con escasa respuesta y es necesario realizar descompresión orbitaria; a pesar de ello el cuadro continúa progresando y alcanza una AV de cuenta dedos en OD y 0.05 a un metro en OI. Al haber agotado todas las posibilidades terapéuticas y conocer la existencia de un estudio con tocilizumab con buena respuesta al tratamiento en pacientes con orbitopatía resistente a corticoides, se solicita su utilización fuera de indicación para esta paciente.
Resultados: Tras 5 sesiones de tocilizumab a dosis de 8 mg por Kg de peso, cada cuatro semanas, la paciente se encuentra sin actividad inflamatoria y con una AV de 0.1 en OD y 1.0 en OI.

Colgajo Rotacional: Sorpresa estética

Montserrat Avilés Puigvert, Carlos Gálvez Prieto-Moreno, Enrique Iboleón López, Olga Villena Irigoyen, Mercedes Castro Gómez
Hospital Santa Ana. Granada

Material y Métodos: Paciente de 56 años que acude con una tumoración cantal interna que incluye párpado y punctum lagrimal superior, mayor del 1/3 interno. Crecimiento lentamente progresivo. Sospecha de tumor basocelular. Se plantea extirpación para estudio anatomopatológico y reconstrucción estética. Se realiza una extirpación amplia con margen de seguridad, el defecto tisular creado se corrige mediante un colgajo glabelar completo.
Resultados: En el postoperatorio inmediato se produce una deshiscencia de sutura con sospecha de tumor residual. El resultado del estudio anatomopatológico y la observación atenta del caso nos ponen de manifiesto que la actitud adoptada fue la correcta. Hacemos un leve repaso de las técnicas descritas para este tipo de lesiones.

Celulitis orbitaria tras anestesia peribulbar a propósito de un caso

Marcela Bermúdez Silva, Nuria Ibáñez Flores, Sebastián Prieto Briceño, Vanessa Cuadrado Claramonte,
Instituto Catalán de Retina. Barcelona

Material y Métodos: Paciente que acudió a urgencia por presentar dolor y edema palpebral tras haber sido intervenida hacía 48 horas de cirugía de catarata con anestesia peribulbar. En la exploración se evidenció

agudeza visual en OI de 0,6. edema palpebral que le impedía la apertura espontánea del ojo, limitación de los movimientos oculares en todas las posiciones, aumento de la presión intraocular. Se solicitó TAC orbitario que mostraba proptosis con edema de los tejidos orbitarios. A la paciente se le inició tratamiento con ceftriaxona y vancomicina IV con mejoría del cuadro clínico.
Resultados: Debido al corto tiempo postoperatorio (menos de 48 horas) y debido a que la paciente no presentaba cuadro de sinusitis ni presentó trauma durante la inyección peribulbar se cree que que la causa de la celulitis periorbitaria fue debida a la inyección peribulbar. Es importante el rápido diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, para un resultado favorable. El tratamiento de la celulitis orbitaria debe ser con AB de amplio espectro y a nivel sistémico

Recidiva de carcinoma primario de mama con metástasis orbitaria en paciente con carcinoma de pulmón no células pequeñas activo

M.ª Carolina Bruzual Lezama, Cristina Comas Bedmar, Ferrán Mascaró Zamora, Silvia Muñoz, Fina Climent
Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

Material y Métodos: To report an example of orbital metastasis as manifestation of relapsing breast carcinoma in a patient with a recent diagnosis of active lung cancer.
Case report
Resultados: A 61 year-old female experienced subacute visual loss and exophthalmos in her left eye. Neuroimaging showed enlarged extraocular muscles and optic nerve compression at the left apex. With her previous malignant diseases of breast cancer treated and cured 12 years before, and active present lung cancer the main question was whether the present diseases had spread to the orbit or the old tumor had relapsed. Incisional biopsy of the orbital abnormal tissue was consistent with breast metastasis.

Enfermedad de Erdheim-Chester atípica. Caso Clínico

M.ª Carolina Bruzual Lezama, Agnieszka Dyrda, Cristina Comas Bedmar, Joan Prat Bartomeu, Ester Casas Gimeno
Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

Material y Métodos: We present a 4 years old patient with Erdheim Chester disease. Imaging demonstrates an extensive orbital involvement besides hip injuries. Histopathological examination revealed a xantogranulomatous lesions with atypical pattern CD69, S100, and CD1 a negative; CD68 (PGM-1) and VIIIa factor intense positive, CD68 (KP -1) low expression
Resultados: We report an atypical xantogranulomatous process. CD69, CAP-1 low expression or negativity is unusual in mature histiocytosis proliferations. In the same way is uncommon VIIIa intense co-expression. Clinical presentation through destructive orbital and hip lesions support Erheim Chester disease diagnosis.

Absceso intraorbitario de causa odontógena. A propósito de un caso clínico

M.ª Cecilia Campos Arcos, Fernando Rodríguez Álvarez, Ester Mingorance Moya, Maitane Domenech Berganzo
Hospital Sant Pau. Barcelona

Material y Métodos: Paciente de 15 años de edad sin antecedentes patológicos conocidos que consultó por presentar dolor mandíbular de 15 días de evolución y que en los últimos 3 días se asoció a fiebre, vómitos, edema y eritema palpebral con disminución de la agudeza visual (AV) del ojo derecho (OD). A la exploración general el paciente se encontraba febril y astenico. En la exploración por oftalmología se encontró AV del OD de 0,5, midriasis media hiporeactiva, imposibilidad para la apertura palpebral espontánea, limitación de los movimientos oculares externos en todas las posiciones de la mirada. En el Fondo de ojo derecho se observó hiperemia papilar. En el hemograma había leucocitos con desviación a la izquierda. Se le realizó un escanner de órbita que móstro osteolisis de la pieza 26 con solución de continuidad del seno maxilar

izquierdo y celdas etmoidales anteriores, absceso intraorbitario izquierdo superoexterno. Se decidió iniciar tratamiento antibiótico intravenoso e intervención quirúrgica de urgencia para drenaje de senos paranasales comprometidos y abordaje externo del absceso intraorbitario.
Resultados: La cirugía se llevo a cabo sin incidentes. El paciente presentó una evolución favorable con recuperación rápida del estado general. Al quinto día el paciente presentó una AV de 1,0 del OD, notable disminución del edema y eritema palpebral, recuperación de la movilidad ocular. El fondo de ojo fué normal. El tratamiento oportuno de la patología infecciosa intraorbitaria, cualquiera sea su origen, permite la recuperación rápida del paciente y evita las complicaciones graves que se pueden producir, tanto sistémicas como oculares.

Evaluación de los resultados de una técnica modificada de dacriocistorrinostomía externa para casos de obstrucción adquirida de la vía lagrimal

Amélia María de Carvalho Mendes Castanheira, Pere Pujol Vives
Hospital de Tarrassa. Barcelona

Material y Métodos: Estudio observacional prospectivo de 10 pacientes en los que se practicó una técnica variante de la DCR externa clásica con sonda bicanaliculada, dejando el lastre de silicona en la zona de la ostomia. El éxito de la cirugía se definió como la resolución de los síntomas de epifora con una irrigación permeable y el fracaso como la persistencia de epifora y/o la imposibilidad de irrigación de la vía lagrimal en el postoperatorio. La exploración oftalmológica consistió en la irrigación de la vía nasolagrimal, el test de desaparición de fluoresceína y un examen endoscópico postoperatorio de la ostomia vía endonasal en algunos pacientes
Resultados: De los 10 pacientes estudiados en 9 se observó el éxito de la cirugía y en 1 el fracaso de la misma, según los parámetros evaluados. En aquellos en los que hubo éxito, se observó una ostomia amplia por endoscopia. El fracaso fue debido a la cicatrización de la mucosa nasal.

Inflamación orbitaria en la macroglobulinemia de Waldenström

Felipe Costales Mier, Elena Pérez Díez, Alvaro Toribio García, Laura Monje Fernández, Roberto López Mancilla
Complejo Asistencias Universitario de León

Material y Métodos: Presentamos el caso de un paciente que estaba a seguimiento por hematología que desarrolló una infiltracíón orbitaria por su patología hematológica. En la etapa diagnóstica se realizó un adecuado exámen oftamológico: se determinó la agudeza visual, se midió la presión intraocular por un tonómetro de Perkins, se examinó el fondo de ojo, se valoró la proptosis por medio del exoftalmómetro de Hertel, y se valoraron los movimientos extraoculares por si presenta restriccion en las ducciones o versiones, y si presentaba diplopía. Se realizaron fotografías previas y posteriores a la intervención quirúrgica. se diagnosticó el tamaño y características de la masa orbitaria por medio de tomografía axial computarizada. la pieza quirúrgica se analizó anatomopatológicamente y por medio de inmunohistoquímica.
Resultados: Presentamos el caso clínico de un varón de 83 años, a seguimiento por hematología por una Macroglobulinemia de Waldenström. Acude a consultas de oftalmología por ptosis y aumento de volumen progresivo de párpado superior derecho de 6 meses de evolución. Exploración: Agudeza visual de 0,2 en ojo derecho y 0,1 en ojo izquierdo. Exoftalmometría de 29 mm en ojo derecho y 19 mm en ojo izquierdo. FO AO normales. A la palpación se observa masa en zona superior de orbita derecha, con limitación a la supraducción. TC orbitaria: tumoración en techo orbitario derecho que engloba recto superior y gandula lagrimal, sin erosiones óseas. Se realizó biopsia de la masa orbitaria para estudio anatomo-patológico. El resultado anatomopatológico se informó como linfoma linfoplasmocitoide, de estirpe B. Estudio inmunohistoquímico: CD 138 (-); P53 (-); CD79a (+); CD 20 (+); Kappa (-); Lambda (+) y Ki67 (+). Se diagnosticó de inflitración orbitaria secundaria a su patología hematológica. El paciente estaba a tratamiento por hematología con Ciclofosfamida y prednisona. Posteriormente fue tratado mediante radioterapia orbitaria siendo la evolución favorable y disminuyendo el tamaño de la tumoración orbitaria.

Pseudotumor orbitario asociado al consumo de Topiramato

Belén Domínguez García, Consuelo Spinola Muñoz, Rubén Ángeles Figueroa, María Gessa Sorroche, María Concepción Díaz Ruiz
Hospital Vigen Macarena. Sevilla

Material y Métodos: A propósito de un caso: inflamación orbitaria idiopática conocida antes como pseudotumor orbitario (objetivada mediante técnicas de imagen) que surge a consecuencia de la administración sistémica de Topiramato.
Resultados: Resaltar la importancia de una correcta anamnesis en cuanto al abordaje de la patología orbitaria y considerar los posibles efectos adversos farmacológicos en la inflamación orbitaria inespecífica.

Reconstrucción de ectropión cicatricial en un paciente con leishmaniasis cutánea

Belén Domínguez García, Consuelo Spinola Muñoz, Rubén Ángeles Figueroa, María Gessa Sorroche, María Concepción Díaz Ruiz
Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Material y Métodos: A propósito de un caso, planteamos la reconstrucción de un ectropion cicatricial secundario a leishmaniasis cutánea. Para ello recurrimos a un injerto cutáneo de espesor completo procedente de la región retroauricular.
Resultados: Valoramos la elección de la piel retroauricular como la más práctica dado el color similar al del párpado y la inexistencia de pelos a este nivel. Mostramos el resultado tres meses después de la cirugía.

Hematoma retrobulbar en paciente trombopénica

Fernanda Fernández-Tresguerres García, Clara Berrozpe Villabona, Marta Bermúdez Vallecilla, Juan Antonio Troyano Rivas, Cristina Niño Rueda, Eva Vico Ruiz, Ángel Romo López
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Material y Métodos: La hemorragia retrobulbar es una complicación infrecuente pero muy grave de los desórdenes hemostáticos. Presentamos a una paciente de 55 años que fue llevada a urgencias por disminución del nivel de consciencia, refiriendo la familia presencia desde hacía una semana de hematomas múltiples, en miembros superiores, inferiores, tórax y abdomen seguido en los últimos dos días de cefalea e hinchazón del ojo izquierdo con disminución de la agudeza visual. Tras ser estabilizada se diagnosticó una trombopenia y adenocarcinoma gástrico. En la exploración oftlamológica se objetivó un exoftalmos izquierdo y oftalmoplejia. Pupila izquierda algo midrática pero reactiva y el examen de fondo de ojo, mostraba un nervio pálido y congestivo. En el TAC cerebral se confirmó la presencia de hematoma subdural hemisférico izquierdo y pequeño hematoma a nivel del músculo recto lateral del ojo izquierdo.
Resultados: Ante la gravedad del cuadro se decide realizar de urgencia una cantotomía lateral y cantolisis inferior del ojo izquierdo. Además se administran corticoides intravenosos (8 mg dexametasona cada 8 horas) y levofloxacino. En las posteriores exploraciones trás la cirugía ya se observó buena evolución del cuadro, con aumento de la agudeza visual del ojo izquierdo, desaparición de las limitaciones así como del exoftalmos y mejoría del aspecto del nervio óptico en ojo izquierdo. De momento dada la gravedad de la paciente no hemos podido llevar a cabo otras pruebas diagnósticas como OCT y campo visual que si realizaremos en su seguimiento cuando su estado general nos lo permita.

Conjuntivodacriocistorrinostomía espontánea sin tubo. Ni a propósito

Alicia Galindo Ferreiro, Gregorio García Llanes, Eduardo Seco de Guzman, Nuria Álvarez Íscar, Francisco de la Fuente Aparicio
Complejo Hospitalario Palencia

Material y Métodos: Mujer de 65 años que acude por epifora OD. Antecedentes Personales; operada hace 50 años de Dacriocistorrinostomia (DCR) externa 2 veces OD y 1 vez OI. A la exploración OD se detecta sd.

Centurión de párpado inferior, vía lagrimal impermeable con obstrucción de canalículo inferior y superior 1/3 interno y OI permeable. Se opera DCR Externa OD sin necesidad de osteotomía, por ser funcionante, + repermeabilización de canalículos con intubación bicanalicular a nariz + cantopexia interna a cresta lagrimal posterior. A la semana postoperatoria la vía del OD era permeable. Al Mes nos encontramos con una ausencia de carúncula y un ojal en la conjuntiva de canto interno por donde se ve hueso (ConjuntivoDacriocistorrinostomia, CDCR, sin tubo), vias permeables por ambos canalículos y por el ojal de conjuntiva. En consecuencia, existe una CDCR espontánea. Al 1,5 años la CDCR y canalículos siguen siendo permeables.
Resultados: Una de las causas de obstrucción canalicular es la iatrogénica por cirugía lagrimal. La obstrucción completa de canalículos se trata clásicamente con CDCR + tubo polietileno o silicona. En nuestro caso repermeabilizamos los canalículos con éxito y de forma espontánea, una CDCR. Normalmente las CDCR con tubo tienen muchas complicaciones incluidas la extrusión del tubo y el fallo de la permeabilidad, pero en nuestro caso funciona perfectamente sin tubo. Nos preguntamos si la reabsorción espontánea de la carúncula ayuda a la estabilización de la cirugía.

Reconstrucción de defectos del canto interno mediante colgajo frontal

Francisco Javier González García, Blanca Lumbreras Fernández, Marco Sales Sanz
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Material y Métodos: La extirpación de tumoraciones en el canto medial es la causa más frecuente de defectos de sustancia en dicha localización. La reconstrucción de esta región puede ser complicada por la compleja anatomía de la zona, la dificultad para el aposicionamiento cutáneo y la necesidad de un tejido con color, textura y grosor adecuados. Presentamos dos casos de pacientes con tumores malignos en la región cantal medial en las que tras una cirugía oncológica de extirpación de los mismos con bordes libres, se realizó una reconstrucción del defecto mediante un colgajo frontal. Caso 1: varón 78 años con un carcinoma epidermoide conjuntival palpebral moderadamente diferenciado en región cantal medial derecha con afectación orbitaria al que se le realizó una exenteración orbitaria derecha y reconstrucción mediante colgajo paramedial frontal. Caso 2: mujer 81 años carcinoma basocelular con patrón expansivo (adenoide-quístico) a la que se practicó una reconstrucción con colgajo mediofrontal.
Resultados: En ambos casos se obtuvo un buen resultado estético, sin recidiva conocida tras un seguimiento de entre uno y dos años, y sin otras complicaciones. El colgajo frontal es una técnica relativamente sencilla que debe considerarse en el tratamiento de defectos profundos de tamaño moderado del canto medial. Gracias a la abundante vascularización de la zona, suelen obtenerse buenos resultados estéticos siempre y cuando se haya realizado una técnica quirúrgica adecuada.

Acortamiento lateral del párpado superior con fijación a periostio asociado a blefaroplastia y cirugía de aponeurosis, como tratamiento del síndrome del párpado Laxo

Carmen Hernández Martínez, José Juan Mondéjar García, José Juan Martínez Toldos
Hospital General Universitario de Elche. Alicante

Material y Métodos: Presentamos el caso de un varón de 60 años con antecedentes de apnea obstructiva del sueño y usuario de CPAP nocturno que consulta por conjuntivitis crónica severa en ambos ojos. A la exploración se observa una leve ptosis con gran laxitud palpebral y eversión del párpado superior al cierre forzado, mayor en ojo izquierdo. Con el diagnóstico de síndrome del párpado laxo se realiza bajo anestesia local, un acortamiento lateral en semiluna del párpado superior siguiendo las líneas de relajación tensional palpebral, con fijación a periostio. A este procedimiento se le sumó una blefaroplastia superior con refuerzo de la aponeurosis del elevador para corregir la ptosis acompañante. El paciente experimentó un mejoría clínica y un resultado estético satisfactorio.
Resultados: En el síndrome del párpado laxo severo, el acortamiento palpebral siguiendo las líneas de relajación tensional del párpado superior es un procedimiento más fisiológico que los descritos previamente ya que respeta mejor la anatomía palpebral. A su vez , se obtiene un buen resultado estético al quedar la cicatriz camuflada en el pliegue palpebral superior. La asociación de la blefaroplastia con refuerzo de la aponeurosis del elevador nos ayuda a corregir la dermatochalasis y ptosis muchas veces asociada a estos pacientes. Describimos por tanto, un variante de las técnicas ya conocidas que consideramos más fisiológica, con mejores resultados estéticos y capaz de solucionar los problemas asociados.

Angiofibroma nasofaríngeo juvenil con extensión orbitaria

Ana Hervás Ontiveros, Enrique España Gregori, Laura Climent Vallano, Salvador Rivas Rodero, Manuel Díaz Llopis
Hospital Universitario y policlínico La Fe. Valencia

Material y Métodos: El Angiofibroma Nasofaríngeo Juvenil es un tumor benigno que se origina de la parte posterior de la cavidad nasal en pacientes adolescentes de sexo masculino. Representa menos del 0.5% de las neoplasias de cabeza y cuello. Corresponde a una lesión vascular cuyo crecimiento causa erosión de estructuras óseas de la base del cráneo, extendiéndose a nariz, senos paranasales, órbita e incluso invasión intracraneal. Presentamos el caso de un varón de 21 años sin antecedentes de interés con historia de exoftalmos izquierdo y diplopía en mirada extrema de dos semanas de evolución. El examen oftalmológico reveló agudeza visual 1 en ambos ojos y presión intraocular (PIO) de 24 mmHg en ojo izquierdo. La Resonancia Magnética mostró una lesión ocupante de espacio muy vascularizada etmoido-orbitaria con invasión de la base del cráneo anterior y extensión orbitaria con componente intra y extraconal. El resto del estudio de extensión fue negativo. La biopsia etmoidal confirmó un tejido fibrovascular compatible con angiofibroma.
Resultados: El paciente fue intervenido mediante cirugía endoscópica nasosinusal con disminución importante de la masa tumoral y mejora significativa tanto de la proptosis ocular como de la PIO. Se mantuvo de este modo el paralelismo ocular con un discreto exoftalmos. Se trata de una neoplasia benigna con características locales de malignidad debido a su capacidad de invadir áreas adyacentes. En nuestro caso, el debut se presenta con manifestaciones de extensión orbitaria, por lo que consideramos necesario un conocimiento amplio y un abordaje multidisciplinario con el fin de realizar un diagnóstico temprano y mejorar el pronóstico.

Reparación de cicatriz traumática: el tiempo es la clave

César Hita Antón, Cristina Míguez García, Daniel Pérez Formigó, Paz Rodríguez Ausín, David Antolín García
Hospital Universitario de Torrejón. Madrid

Material y Métodos: Se presenta un caso de un varón de 46 años, atendido en otro centro de Urgencias tras traumatismo facial con una puerta de garaje. Fue reparado quirúrgicamente de primera intención y citado para seguimiento en nuestro Hospital. Durante el mismo la cicatriz se fue deprimiendo, resultando molesta e inestética. Tras 6 meses de espera, se reavivaron los márgenes y se volvió a suturar.
Resultados: El resultado de la segunda intervención fue plenamente satisfactorio para el paciente quedando una cicatriz más funcional y estética, y mucho menos evidente. Como norma general, la piel fina palpebral cicatriza mejor que la más gruesa malar. Otros factores que influyen en el aspecto final de la cicatriz son la edad, la tensión a la que está sometida la piel o las circunstancias en las que se cura la herida (mejor una herida limpia o bien suturada en un solo tiempo). Se recomienda que las cicatrices no sean corregidas quirúrgicamente hasta que haya transcurrido un mínimo de seis meses después de la lesión original. Las cicatrices pueden ser inestéticas y requerirán corrección principalmente por: su situación, su anchura o su volumen excesivo o insuficiente. Los posibles tratamientos quirúrgicos van destinados a mejorar el aspecto de la cicatriz, pero hay que resaltar que nunca lograremos su completa desaparición, si bien se puede conseguir una evidente mejora de la misma.

Tratamiento del entropion senil mediante modificación de la técnica de Jones

Laura Jiménez Lasanta, Rosa Burdeus Gómez, Raquel Bañón Navarro
Hospital General San Jorge. Huesca

Material y Métodos: Describimos el caso de una mujer de 79 años de edad, que presenta entropion involucional de su párpado inferior derecho, sin evidenciarse hiperlaxitud horizontal. El párpado inferior izquierdo está correctamente posicionado. Destaca hipertrofia del músculo orbicular pretrasal. Así mismo, mostraba queratopatía secundaria a roce de las pestañas. Se decide realizar abordaje quirúrgico con técnica de Jones modificada. Tras infiltrar anestesia subcutánea, se realiza una incisión subciliar a 4mm bajo las pestañas, se

disecciona por planos hasta exponer la placa tarsal y el septo orbitario. Bajo el septo, insertándose en el borde inferior del tarso, identificamos los retractores del párpado inferior (fascia capsuloplapebral y músculo tarsal inferior). Colocamos varias suturas de 4/0 doblemente armadas para realizar la plicatura de los retractores (modificación del técnica de Jones) que pasan por éstos para acabar en el borde inferior de la placa tarsal y salir a piel (a unos 2 mm bajo las pestañas). Es esencial comprobar que la plicatura tiene el efecto deseado, buscando una leve hipercorreción postquirúrgica inmediata. Posteriormente realizamos la exéresis de músculo orbicular pretarsal (en esta paciente era muy hipertrófico), y de una semiluna de piel, y el cierre de la piel con seda 6/0. Lo resultados postquirúrgicos son buenos, con resolución completa de su queratopatía.
Resultados: Nuestra técnica combina el abordaje de la técnica de Jones, con un posicionamiento de las suturas de plicatura de los retractores diferente al de esa técnica. Como ventaja nos ofrece un mayor control de la plicatura y la libertad de poder realizar la orbiculectomía y exéresis de piel como último paso previo al cierre de la incisión, ya que las suturas sólo emergen por el borde superior de la incisión cutánea (a unos 2 mm bajo las pestañas). Con ella, obtenemos muy buenos resultados, por lo que la usamos como técnica de elección en el entropion involucional sin hiperlaxitud horizontal asociada.

Reconstrucción del canto interno palpebral mediante colgajo de translación malar

Laura Jiménez Lasanta, Rosa Burdeus Gómez, Raquel Bañón Navarro
Hospital General de San Jorge. Huesca

Material y Métodos: Se presenta el caso de un varón de 60 años, afecto de una lesión cutánea nodular ulcerada que se sitúa adyacente a carúncula en el canto interno de su ojo derecho. La superficie tumoral mide 12 mm de longitud vertical y 6 mm horizontalmente. La lesión impresiona clínicamente de carcinoma basocelular por lo que se decide realizar tratamiento quirúrgico con resección completa. Previamente se efectúa un estudio de resonancia magnética orbitaria que descarta la infiltración del sistema de drenaje lagrimal del paciente. Se realizó extirpación en bloque de la lesión, y para cubrir el defecto cutáneo y de los tejidos profundos, se recurrió al uso de un colgajo de translación malar. En la base del colgajo se tallaron dos triángulos de Burrow (en el lado opuesto al área a cubrir) para que el avance se efectuase sin tensión. Se realiza cierre con seda de 6/0, obteniéndose un buen resultado quirúrgico inmediato. Se retiran las suturas pasadas 2-3 semanas. El estudio histológico de la lesión confirma el diagnóstico de carcinoma basocelular con bordes no afectos. A los 2 años de la cirugía, el resultado estético es óptimo, sin observarse ningún signo de recidiva.
Resultados: Los colgajos usados para cubrir los defectos de tejidos perioculares pueden ser de traslación o avance, de rotación o de transposición. Para defectos de canto interno, se suele usar el colgajo glabelar, pero en este caso usamos el colgajo malar de avance por su versatilidad, y logramos un resultado estético muy satisfactorio.

Colgajo rotacional en zeta modificada para reconstrucción de defecto de dos tercios del párpado infeior

Laura Jiménez Lasanta, Raquel Bañon Navarro
Hospital General San Jorge. Huesca

Material y Métodos: Presentamos el caso de una mujer de 80 años de edad, que es remitida por «orzuelo interno» en párpado inferior que no mejora con múltiples tratamientos antibióticos y antiinflamatorios tópicos. Destaca ectropización de dicho párpado, y ante la sospecha clínica de carcinoma de glándulas sebáceas, se decide realizar abordaje quirúrgico con exéresis completa. La lesión ocupa los dos tercios internos del párpado inferior, sin infiltrar al punto lagrimal inferior. Se decide la reparación del defecto con un colgajo de rotación y translación en Z modificada tallada en la región temporal y canto externo. Se toman varias muestras de la conjuntiva adyacente a la lesión para descartar siembra tumoral diseminada. El análisis histológico informa la lesión como tipo granulomatosa caseificante, sin encontrarse tejido neoplásico maligno. Los resultados estéticos posquirúrgicos son óptimos, sin evidencia de epífora ni recidiva tras un año y medio de la intervención.
Resultados: Este tipo de colgajo es una modificación novedosa del colgajo rotacional en Z, ya que además de la rotación, también combina la translación para cubrir un defecto completo tan grande como el descrito. Logramos un cierre satisfactorio, sin inducir tensión, y obteniendo un borde palpebral bien posicionado,

sin cicatrices cutáneas evidentes. Nos parece una alternativa muy interesante a tener en cuenta en defectos mayores del 50% de la longitud total palpebral en personas de edad avanzada y con piel laxa.

Pseudotumor por hidratación de banda escleral

Sara Jordán Cumplido, Agnieszka Dyrda, Pau Tarrús Bozal
Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

Material y Métodos: Presentamos el caso de un paciente de 82 años miope magno con antecedentes de cirugía por desprendimiento de retina a inicio de los años ochenta y posterior facoemulsificación en ambos ojos. Acude a nuestro servicio por presentar esotropia del ojo izquierdo junto a lesión tumoral de 20 años de evolución en tercio externo de párpado inferior izquierdo. Se trata de una lesión orbitaria de consistencia gomosa, no adherida a planos superficiales que acompaña a los movimientos oculares. Se observa limitación de los movimientos oculares en todas las direcciones de la mirada, sin diplopía por baja visión en el ojo izquierdo. El TC orbitario muestra una lesión hipodensa, homogénea y bien delimitada que se extiende hacia región intraconal medial con afectación del recto medial y alteración de la morfología del globo ocular sugestiva de pseudotumor por hidratación de banda escleral.
Resultados: El paciente es intervenido obteniendo material de banda hidratada confirmado el diagnóstico. Las bandas esclerales de hidrogel se introdujeron en los 70 por su resistencia, capacidad para absorber antibiótico y menor erosión del globo ocular. Durante las posteriores décadas se detectaron complicaciones a largo plazo incluyendo pseudotumor, diplopía, restricción de la musculatura extraocular o erosión del globo por lo que fueron retiradas del mercado. El tratamiento definitivo consiste en la extracción del material, tarea que puede ser complicada por su alta friabilidad.

Metástasis orbitarias de sarcoma granulocítico

Sonsoles Lafuente Ortiz, Angel Arteaga Sánchez, Silvia Vírseda Moreno
Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

Material y Métodos: Mujer de 63 años que acude al servicio de Urgencias de Oftalmología en abril de 2006 por dolor de ambos ojos y diplopia. A la exploración física se objetivó diplopia con exoftalmos y quemosis, más llamativa en ojo izquierdo. Se pautó tratamiento con bolos de corticoides intravenosos, con escasa mejoría, y se solicitó un TAC de órbita. En el TAC se aprecia proptosis bilateral con engrosamiento de vientres musculares, principalmente el recto externo derecho y el recto interno izquierdo. Se planteó el diagnostico diferencial con una orbitopatía tiroidea, pseudotumor orbitario o metástasis de un proceso linfoproliferativo. Previamente la paciente había presentado varios episodios de dolor abdominal y de fosa renal izquierda, que fueron tratados con ciprofloxacino por parte del servicio de Urología. Al ser valorada nuevamente por el Servicio de Medicina Interna, se apreció una adenopatía cervical izquierda y un nódulo subcutáneo. Ambas lesiones fueron biopsiadas, y con el diagnóstico de sarcoma granulocítico ingresó a cargo del servicio de Hematología para iniciar tratamiento quimioterápico.
Resultados: Las lesiones infiltrativas de la órbita son lesiones de difícil diagnóstico e incluyen procesos muy variados. En muchas ocasiones son la primera manifestación de un proceso sistémico subyacente que precisa de la realización de otras pruebas analíticas y de imagen adicionales que aproximan la etiología, aunque la biopsia orbitaria suele ser necesaria para un diagnóstico definitivo.

Enfisema facial y orbitario por pistola neumática de alta presión

Francisco Javier Lara Medina, Carmen Ispa Callen, José Juan Valdés González, Jorge Rivera Salazar, Javier Gálvez Martínez, Laura Blanca Alfaya Muñoz
Hospital «La Mancha Centro». Alcázar de San Juan. Ciudad Real

Material y Métodos: Presentamos el caso clínico de un niño de 2 años que sufrió el impacto facial inducido por aire a alta presión desde una pistola neumática. En la exploración física se evidenció la presencia de un enfisema subcutáneo que afectaba a la región malar y ocular de la hemicara derecha. La palpación orbitaria mostró aumento de la presión en tejidos blandos y crepitación periocular. En la visualización macroscópica del ojo pudimos detectar la presencia de aire subconjuntival. La radiografía de senos puso de manifiesto

la presencia de aire en la órbita; se realizó un TAC que permitió localizar su extensión en la órbita y determinar que no había alcanzado el espacio intraconal. El paciente fue tratado mediante antibioterapia de amplio espectro (amoxicilina-clavulanico) e ibuprofeno de forma ambulatoria. A los 5 días, el enfisema subcutáneo había desaparecido casi totalmente, persistiendo un hiposfagma conjuntival acompañado de aire subconjuntival.
Resultados: Los traumatismos con aire a alta presión en la región facial pueden introducir un gran volumen de aire en la cavidad orbitaria. Este aire puede comprimir las estructuras oculares, especialmente el nervio óptico, y causar una pérdida de visión severa y permanente. La realización de pruebas de imagen en estos pacientes es fundamental para establecer la severidad del cuadro y plantear las distintas opciones terapéuticas. En nuestro caso, la recuperación del niño fue completa en 7-10 días, sin causar lesiones visuales.

Exoftalmos secundario a Osteoma Osteoide

Francisco León Garrigosa
Hospital Universitario de Salamanca

Material y Métodos: Caso clínico sobre un osteoma osteoide en el seno frontal, localización sumamente atípica, y su diagnóstico gracias a las manifestaciones oftalmológicas provocadas por el mucocele secundario que destruyó la pared medial y superior de la órbita.
Resultados: Aunque el osteoma osteoide es una tumoración que no degenera en un proceso maligno, y a pesar de la ausencia de los síntomas típicos asociados, especialmente el dolor de predominio nocturno, gracias a las manifestaciones oftalmológicas se puedo diagnosticar y resecar la lesión antes de que la progresión del mucocele pudiera crear una comunicación con la fosa craneal anterior.

Reconstrucción palpebral mediante un injerto tarsoconjuntival rotacional ipsilateral con injerto cutáneo libre en un carcinoma basocelular

Luis León Ibáñez, Raquel Bañón Navarro, M.ª del Rosario Villalonga Pesudo, María del Carmen Arias López, Pilar Espallargas Tena
Hospital General de Castellón

Material y Métodos: Varón de 83 años que acude con una lesión papilomatosa de bordes irregulares y vascularizados que se localiza en la zona nasal del párpado superior izquierdo, con un crecimiento progresivo de 4 meses de evolución. Se realiza exéresis simple de la lesión, produciéndose un defecto del 50% del tamaño total del párpado superior. Debido a la localización de la lesión se realiza exéresis del punto lagrimal y del canalículo superior hasta el tramo del canalículo común. Debido a la extensión del defecto producido se decide realizar la reconstrucción de la lamela posterior con un injerto tarsoconjuntival rotacional del mismo párpado y de la lamela anterior con un injerto cutáneo obtenido mediante una blefaroplastia del párpado superior contralateral. La reconstrucción del canalículo superior no fue posible. Actualmente el paciente no presenta epifora funcional debido a que la función del canalículo inferior está intacta siendo aproximadamente del 80%. No se observan signos de lagoftalmos nocturno ni alteraciones corneales tras la reconstrucción palpebral. Además, la función palpebral es adecuada tras la cirugía.
Resultados: La reconstrucción del párpado superior dependerá de la extensión del defecto, de la experiencia del cirujano y de las características cutáneas del paciente. Si el defecto es inferior al 30% puede realizarse un cierre simple. Si el defecto es del 30-60% puede realizarse un cierre simple con cantolisis o un injerto tarsoconjuntival con injerto cutáneo libre. Y si el defecto es superior al 60% puede emplearse la técnica de Cutler-Beard.

Utilización de la sonda de Wrost en la reconstrucción de la sección traumática del canalículo inferior

Luis León Ibáñez, Raquel Bañón Navarro, M.ª del Rosario Villalonga Pesudo, María del Carmen Arias López, Pilar Espallargas Tena
Hospital General de Castellón

Material y Métodos: Niña de 7 años que acude a Urgencias por sección del canalículo inferior del ojo izquierdo como consecuencia de un zarpazo canino.

Se realiza reconstrucción de canalículo inferior de ojo izquierdo con un tubo de silicona tamaño infantil mediante sonda Worst Pigtail. Se le pauta antibioticoterapia tópica y sistémica de forma profiláctica. A las 24 horas de la cirugía la niña no presenta menisco lagrimal ni signos de epífora funcional. A los 3 meses se procede a la retirada del tubo de silicona. Actualmente la niña se encuentra asintomática tras la reconstrucción del canalículo inferior.
Resultados: Las laceraciones de los canalículos lagrimales tienen como etiología más frecuente la traumática y el canalículo más afectado suele ser el Inferior. La reconstrucción mediante sonda Worst Pigtail tiene buenos resultados estético-funcionales, especialmente en los casos producidos por etiología traumática. La reconstrucción precoz de los canalículos en las primeras 6 horas, tienen unos mejores resultados estético-funcionales que las reconstrucciones tardías o programadas en un segundo tiempo. Se recomienda un tiempo de permanencia de la sonda en los canalículos entre 1.5 y 3 meses para favorecer la correcta permeabilización de la vía lagrimal lacerada.

Calidad de vida y satisfacción de asistencia médica en los pacientes con oftalmopatía tiroidea

Anna Leszczynska, Estrella Fernández Martínez, Marc Figueras Roca, Juan Felipe Spencer Vincent
Hospital Clínic de Barcelona

Material y Métodos: Es un estudio prospectivo observacional en el cual durante el periodo entre Mayo 2012 y Marzo 2013 se reclutó 44 pacientes diagnosticados de OT. Todos los pacientes fueron valorados según la escala de actividad clínica (CAS) y asignados a un grupo de la enfermedad activa (CAS igual o mayor a 3) o inactiva (CAS menor a 3). También se valoró la severidad de la enfermedad según la clasificación del Grupo Europeo para la Orbitopatía de Graves (EUGOGO) asignándose a los pacientes a 3 grupos: OT leve, moderada-severa y OT con amenaza de visión. Tras firmar el consentimiento informado todos los pacientes rellenaron el cuestionario sobre la calidad de vida (CCV), compuesto de 16 preguntas: 8 relacionadas con la afectación de la función visual y 8 con las dificultades sociales en relación con los cambios de apariencia física causados por la enfermedad. Seguidamente todos los pacientes rellenaron el cuestionario sobre la satisfacción de la calidad de asistencia sanitaria recibida (valorada entre 0-6 puntos) y tiempo de espera para la primera visita a nivel de atención hospitalaria y ambulatoria (valorado entre 0-6 puntos). Todas las puntuaciones han sido transformadas a una escala de 0 a 100 puntos. Se han calculado las puntuaciones medias obtenidas en cada grupo de los pacientes.
Resultados: Se he reclutado 44 pacientes con OT entre los cuales hubo 36 mujeres y 8 hombres. 4 pacientes presentaron CAS igual o superior a 3 clasificandose al grupo de pacientes con OT activa (9.01%). El resto de pacientes (n=40) fueron diagnosticados de OT inactiva siendo el CAS en este grupo < 3 (90.9%). Entre los 44 pacientes hubo 20 pacientes con OT leve (45.45%) y 24 pacientes con OT moderada-severa (54,5%). La edad media de los pacientes fue de 44,59 años con el rango entre 20 y 79 años. La puntuación media obtenida en los 8 ítems relacionados con la afectación de la función visual en el CCV fue de 42.7 puntos en el grupo de los pacientes con OT activa (n=4) y de 70.82 en el grupo de OT inactiva (n=40). La media de la puntuación en los 8 ítems del CCV relacionados con el cambio de apariencia física fue de 35.9 puntos en el grupo de OT activa y de 70.10 puntos en el grupo de OT activa. Respecto a la severidad de la enfermedad las puntuaciones medias obtenidas en las 8 preguntas relacionadas con la afectación de la función visual fueron las siguientes para cada grupo: 73.6 en el grupo de OT leve (n=20), 63.73 en el grupo de OT moderada – severa (n=27). Las puntuaciones obtenidas en las 8 preguntas relacionadas con el cambio de la apariencia física fueron las siguientes: 75.93 en el grupo de OT leve, 58.36 en el grupo de la OT moderada – severa. Respecto al cuestionario de satisfacción de calidad de asistencia recibida la puntuación media obtenida en el grupo de los pacientes con OT activa fue de 91.66 y en el grupo de la OT inactiva de 79.01. En los grupos de los pacientes con OT leve, moderada - severa las medias de la puntuaciones medias obtenidas fueron respectivamente de 75.93 y 81.92. La media de la puntuación obtenida en el cuestionario de satisfacción del tiempo de espera hasta la primera visita fueron de 33.33 para el grupo de OT activa y 43.36 para el grupo de la OT inactiva. Para los grupos de la diferente severidad de la OT las medias de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de la satisfacción de tiempo de espera para la primera visita fueron: 47.36 para el grupo de OT leve y 37.87 para el grupo de la OT moderada - severa.

Injerto de esclera. Detalles prácticos de obtención y utilidades

Marta López Fortuny, Gorka Martínez Grau
Centro de Oftalmología Barraquer. Barcelona

Material y Métodos: Descripción detallada del método de obtención de injerto de esclera procedente de globos enucleados del banco de ojos.
Resultados: Se realiza desinfección, preparación y conservación del injerto escleral hasta tres o cuatro meses. Detallamos los criterios de inclusión y exclusión para la extracción de este tipo de injertos tan utilizados en oculoplastia en nuestra práctica diaria.

Quiste dermoide con erosión del techo orbitario

Diego Losada Bayo, Elisa Pérez Ramos, Lucía Jáñez
Hospital Rey Juan Carlos. Madrid

Material y Métodos: Varon de 23 años con tumoración palpebral derecha supero-medial desde la infancia que ha ido creciendo lentamente a los largo de los años. En el momento actual presenta ptosis palpebral superior derecha de predominio medial, DMR 1: 1/4. En las pruebas de neuroimagen (RM y TAC) se evidencia una tumoración orbitaria supero-medial bilobulada, con un diámetro máximo de 23 mm, que erosiona el techo orbitario sin que se pueda llegar determinar con precisión si en alguna zona hay solución de continuidad osea y contacto por tanto con fosa craneal anterior. El diagnóstico de presunción radiológico es el de quiste dermoide. Se plantea extirpación del tumor mediante abordaje por surco palpebral superior. La cirugía se lleva a cabo sin complicaciones procediendose a la extirpación completa del tumor. Durante la cirugía se evidenció como en una pequeña zona de aproximadamente un cm2 el tumor ha erosionado por completo el hueso del techo orbitario dejando ver la duramadre. Dado que el defecto oseo es pequeño y no se produce apertura de las meninges durante la disección se opta por actitud conservadora. Al finas de la cirugía se deja un drenaje pasivo durante 48 horas.
Resultados: Los resultados anatomopatológicos confirmaron el diagnostico de quiste dermoide. Durante los primeros día del posoperatorio apareció una ptosis casi completa del párpado superior derecho con pésima función del elevador del párpado superior (4 mm a las 24 horas y 2 mm a las 28 horas) que se fue recuperando por completo en las semanas siguientes a la cirugía. También se produjeron anestesia y parestesias en el territorio del nervio supraorbitario que ha ido mejorando parcialmente en los meses siguientes a la cirugía. No se produjo diplopia, enoftalmos u otro tipo de complicación oftalmológica.

Complicaciones temibles: a propósito de un caso de blefaroplastia

Marta Mármol Díaz
Centro de Oftalmología Barraquer. Barcelona

Material y Métodos: Presentamos el sorprendente caso de un paciente que acudió a nuestro centro a los tres días de haber sido sometido a una blefaroplastia superior e inferior en el mismo tiempo quirúrgico. En urgencias se constató la presencia de gran proptosis y quemosis hemorrágica en ambos ojos, haciendo sospechar la más temible e inusual de las complicaciones tras cirugía palpebral: la hemorragia retrobulbar.
Resultados: Presentamos el sorprendente caso de un paciente que acudió a nuestro centro a los tres días de haber sido sometido a una blefaroplastia superior e inferior en el mismo tiempo quirúrgico. En urgencias se constató la presencia de gran proptosis y quemosis hemorrágica en ambos ojos, haciendo sospechar la más temible e inusual de las complicaciones tras cirugía palpebral: la hemorragia retrobulbar.

Schwannoma de párpado inferior: un hallazgo muy inesperado

Cristina Míguez García, César Hita Antón, David Antolín García, Paz Rodríguez Ausín
Hospital Universitario de Torrejón. Madrid

Material y Métodos: Presentamos un caso de una masa palpebral móvil de aproximadamente 20 x 20 mm de diámetro, indolora, de larga evolución de crecimiento en los últimos meses previos a la consulta médica en un varón en la quinta década de vida.

Resultados: El estudio anatomopatológico de la lesión tras su resección completa reveló que se trataba de un Schwannoma. Los schwannomas en los párpados se caracterizan por un crecimiento lento y un comportamiento benigno. Se trata de una tumoración de presentación muy infrecuente en esa localización (0.1% en una de las más completas series reportadas). Macroscópicamente están bien definidos pero no encapsulados y o no dan sintomatología o la producen por su efecto masa. Microscópicamente pueden mostrar 2 tipos de patrones: uno celular y otro mixto, muchas veces entremezclados. El tratamiento consiste en su resección completa, incluso seccionando el nervio del que proceden, para evitar recidivas que se comportan de manera más agresiva.

Fistula palpebral como característica de enfermedad sinusal inducida por consumo de cocaína

Yerena Muiños Díaz, Javier Coloma Bockos
Hospital Povisa. Vigo

Material y Métodos: Presentación de un caso clínico remitido a la unidad de orbita y oculoplastica con diagnostico de Celulitis Orbitaria que presentaba secreción purulenta a través de fistula en párpado superior, la metodología incluye descripción del cuadro clínico, manejo y resolución terapéutica; se realiza a su vez revisión de la literatura publicada
Resultados: La presencia de secreción purulenta a través de una fistula cutánea palpebral puede ser indicativa de enfermedad sinusal crónica no diagnosticada en un largo periodo de tiempo. Signos locales pueden incluir contracción y engrosamiento de la piel alrededor de la fistula. Las lesiones destructivas de la línea media características del abuso de cocaína, una vez descartadas otras causas de vasculitis, pueden ser el origen de la patología sinusal originaria de la fistula palpebral.

Cuerpo extraño intracraneal en traumatismo orbitario

José Manuel Ortiz Egea, María Antonia Fagundez Vargas, María José Carrilero Ferrer
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Material y Métodos: Se presenta caso clínico de varón de 40 años que acude a urgencias de oftalmología de madrugada por estallido de globo ocular izquierdo y desestructuración completa de contenido orbitario tras haber recibido agresión con vaso de cristal sobre ojo y órbita izquierda. Tras estudio de imagen mediante TAC orbitario y craneal se aprecian fractura de techo de órbita y múltiples cuerpos extraños intraorbitarios y un fragmento en fosa craneal anterior con completa desintegración del contenido orbitario. Se procede, tras cobertura antibiótica, a reconstrucción de urgencia y extracción de restos de cristales alojados en órbita. Se completa la evisceración, sutura de fragmentos esclerales, prótesis de silicona y reconstrucción palpebral. Valorado por servicio de maxilofacial y neurocirugía no consideran extracción quirúrgica de cristales intracraneales.
Resultados: Los traumatismos orbitarios con cristales suponen el 17,5 % de los traumatismos orbitarios. Su capacidad lesiva respecto a otros materiales con bordes menos agresivos hacen de su recuperación posterior una labor complicada. La técnica de imagen que mejor identifica y localiza estos resto es el TAC que debemos de realizar obligatoriamente antes de enfrentarnos a la reparación quirúrgica de estas lesiones. Característicamente este tipo de traumatismos son más frecuentes en hombre (81% frente a 19%). Las lesiones perforantes bajo intoxicación alcohólica normalmente son causadas por un tercero y tienen un peor pronóstico. Las heridas abiertas de globo ocular bajo intoxicación alcohólica se producen en un entorno espacio-temporal diferente y presentan un tipo más grave de lesión. El riesgo de estar bajo los efectos del consumo de alcohol, parece ser un factor independiente de la incidencia de lesiones de estallido ocular.

Injerto tarsoconjuntival en el manejo de un defecto escleral inesperado

Jessica Palomares Fernández, Silvia Vírseda Moreno, Angel Arteaga Sánchez, Teresa Vozmediano Serrano
Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

Material y Métodos: Varón de 81 años intervenido en el año 2006 de desprendimiento de retina en ojo derecho, con colocación de cerclaje con banda plana de silicona. Acude 6 años más tarde a urgencias por dolor

de 3 días de evolución en ojo derecho, presentando extrusión de un punto de sutura del cerclaje a nivel temporal superior. Se procedió a su extirpación con cierre conjuntival directo, a pesar de lo cual días más tarde, se objetiva exposición del cerclaje por retracción de la conjuntiva. Se planea un recubrimiento del defecto conjuntival con injerto de fascia lata. La evolución fue favorable durante los dos primeros meses, momento en el cual el injerto comenzó a necrosarse dejando el implante nuevamente expuesto por lo que se programó para la retirada del cerclaje. Sin embargo, durante la cirugía se halló un defecto escleral de 4x10 mm. Ante la imposibilidad, por múltiples motivos, de recurrir a otro tipo de injertos se decide como alternativa colocar un injerto tarsal de 5x 12 mm obtenido del párpado superior del mismo ojo. La evolución ha sido satisfactoria, observándose a los seis meses un injerto totalmente conjuntivalizado y vascularizado, bien posicionado y sin adherencias en fondo de saco.
Resultados: El injerto tarsoconjuntival se configura como una alternativa, al alcance de un oftalmólogo no oculoplástico para reparar grandes defectos de esclera, en el caso de no disponer de otras alternativas como la esclera de donante la mucosa bucal, el injerto dermograso o la fascia temporal. Sus propiedades téctonicas, ser autólogo, recubierto de conjuntiva, fácil extracción en el mismo campo operatorio y total compatibilidad y ausencia de complicaciones ofrece una gran versatilidad.

Absceso orbitario subperióstico superior

Santiago Pérez Martín
Hospital Universitaio Río Hortega. Valladolid

Material y Métodos: **Diseño.** Serie de casos intervencional. Se estudiaron dos pacientes de 79 y 12 años de edad, mujer y varón respectivamente. Se realizó examen oftalmológico y TAC orbitario. Ambos pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente de su alteración orbitaria y senos paranasales. Se estudió la evolución postoperatoria.
Resultados: Ambos pacientes presentaron un absceso subperióstico superior con compromiso de su agudeza visual y limitación en la motilidad ocular extrínseca principalmente en supraversión. El TAC orbitario demostró la presencia de una colección con forma convexa en órbita superior. En el primer caso el deterioro de la agudeza visual se produjo en horas por lo que fue intervenido de urgencias. En el segundo caso el paciente se encontraba recibiendo tratamiento antibiótico sistémico y fue intervenido de forma programada. En ambos casos se realizó una orbitotomía anterior p ambos casos se consiguió la resolución completa del cuadro clínico con normalización de la función visual y sin recidivas del proceso orbitario.

Mucocele fronto-etmoidal yatrogenico con compromiso orbitario

Simón Quijada Angeli, María Alejandra Amesty Morello, Esther Santos Vicente, Carlos Sjöholm Gómez de Liaño, Esther Rivera Ruiz, Mónica Hijos Gastón, Rosa Gutiérrez Bonet, Diego López Arango, Belén Sirvent López
Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

Material y Métodos: Estudio transversal de un caso de afectación de órbita con lateralización del músculo recto medial izquierdo por masa fronto-etmoidal sugestiva de mucocele.
Resultados: Varón de 21 años con antecedentes de cirugía endonasal ambulatoria no especificada hace 1 año aproximadamente, que requirió tratamiento posterior con Hidrocortisona y Antibiótico no especificado, quien consulta por dolor retro y periorbitario izquierdo desde hace 2 días, que empeora con los movimientos extraoculares, se aprecia aumento de volumen en ángulo supero-nasal de reborde orbitario izquierdo de consistencia renitente, dolorosa a la palpación, no se aprecian restricciones importantes de la MOE, sin embargo se evidencia diplopía binocular en levoversión, posición en la cual se exacerba el dolor, AV: AO: 1, BMC: AO sin alteraciones, PIO OD: 10mmHg y OI: 11mmHg, Fondo ocular sin alteraciones, se solicita Tomografía de órbita que muestra proceso expansivo fronto-etmoidal izquierdo bien delimitado, que rompe lamina papirácea se extiende a órbita y desplaza lateralmente el musculo recto medial, hallazgos sugerentes de mucocele, se procede a su reseccion quirúrgica y biopsia, presentando durante la hospitalización empeoramiento de la diplopía. La biopsia, reporto mucosa de epitelio respiratorio con inflamación linfoplasmocitaria inespecífica y material hemorrágico y necrótico, no se evidencian hongos, presentando mejoría de diplopía y enoftalmos izquierdo.

Linfoma malt con extensión orbitaria

Sofía de la Riva Fernández, Matías Almena García, María Esther Santos Blanco, Pere Romero Aroca, Ángel Bautista Pérez, Javier Reyes Torres, Cristina Blasco Suñé
Hospital Sant Joan de Reus. Tarragona

Material y Métodos: Mujer de 88 años que consulta por masa conjuntival en ojo derecho (OD) de más de 2 años de evolución. A la exploración mostró la presencia de una tumoración conjuntival temporal superior de color rosa-asalmonado. A la realización de los movimientos oculares se apreció una limitación de la elevación y la supraducción del OD con diplopia secundaria. La AV es de 0,2 OD y 0,4 OI y el fondo de ojo del OD mostró una ligera atrofia del nervio óptico. Se solicitó estudio mediante RMN orbitaria que demostró la presencia de una masa orbitaria situada a nivel superoexterno con componente intra y extraconal, de baja señal en T1 y T2, y realce homogéneo que infiltraba el tendón de recto externo, la esclera, el nervio óptico y la glándula lagrimal. Posteriormente se tomó una muestra conjuntival y la biopsia reveló la presencia de un infiltrado linfoide atípico. Finalmente, los resultados de la inmunohistoquímica y el estudio de extensión mostraron que se trataba de un linfoma no Hodgkin asociado a mucosas (MALT).
Resultados: El linfoma orbitario representa el 1-2% de la totalidad de los linfomas no-Hodgkin y contituye del 6-8% de los tumores orbitarios. Éste tipo de tumores muestra una ligera predominancia por el género femenino, y es más común entre la 5ª y 7ª década. Su forma de presentación es mayoritariamente unilateral, afecta al cuadrante temporal superior con más frecuencia y la mayoría de linfomas orbitarios son linfomas no Hodgkin tipo MALT. Entidades como el pseudotumor orbitario puede plantear el diagnóstico diferencial con el linfoma. El pseudotumor es una enfermedad inflamatoria benigna e inespecífica que puede afectar las estructuras orbitarias como la grasa, los músculos y la glándula lagrimal; sin embargo rara vez presenta infiltración escleral o del nervio óptico. Otro signo que aparece en las pruebas de imagen y que ayuda a diferenciar estas dos patologías es la presencia de un realce retrasado del contraste en el linfoma y aumentado en el caso del pseudotumor orbitario. La radioterapia es el tratamiento de elección en los linfomas orbitarios y el pronóstico es excelente en estadios iniciales. En general se consideran tumores de buen pronóstico. Ante la clínica silente e inespecífica que muestra el linfoma orbitario, destacar la importancia de realizar una prueba de imagen y la toma del tejido ante una masa sospechosa para poder establecer un diagnóstico precoz, y de este modo mejorar el pronóstico del paciente.

Aplicación de tacrolimus en madarosis

Sofía de la Riva Fernández, Matías Almena García, María Esther Santos Blanco, Pere Romero Aroca, Bautista Perez, Angel; Reyes Torres, Javier; Blasco Suñe, Cristina
Hospital Sant Joan de Reus. Tarragona

Material y Métodos: Hombre de 45 años que acude por madarosis en párpado superior del ojo derecho de meses de evolución. Sin antecedentes patológicos de interés ni traumatismos. A la exploración se aprecia ausencia total de pestañas en el borde libre palpebral superior sin signos inflamatorios.
Ante la clínica, se solicita analítica sanguínea general incluyendo hormonas tiroideas que fue normal. Se orienta el caso como una alopecia areata de localización palpebral. Inicialmente se inició tratamiento mediante corticoides tópicos sin resultado. Después se inició tratamiento con tacrolimus al 0,03% tres veces al día durante 3 meses, mejorando progresivamente hasta resolverse por completo en los meses posteriores.
Resultados: Madarosis es un término que se refiere a la pérdida de pestañas y/o cejas. Este signo puede ser reflejo de importantes trastornos locales y graves enfermedades sistémicas como por ejemplo: blefaritis, enfermedades dermatológicas, trastornos tiroideos y nutricionales, infecciones, traumas, consumo de drogas, toxicidad y antecedentes de exposición a radioterapia, entre otros. En caso de sospecha de patología asociada o mala respuesta al tratamiento puede ser necesario realizar biopsia de la lesión. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones son idiopáticas y responden favorablemente a los tratamientos habituales. Tal ejemplo es la alopecia areata. Ésta es una enfermedad autoinmune, inflamatoria y no cicatrizante; por lo que la aplicación de corticoides ó inmunosupresores como el tacrólimus se ha visto efectiva en muchos casos. Para concluir, resaltar la importancia de descartar enfermedades sistémicas ante este signo clínico puesto que son numerosas las patologías locales como sistémicas que pueden provocarlo.

Manejo de la orbitopatía de Graves en el Hospital «La Mancha Centro»

Jorge Rivera Salazar, Javier Gálvez Martínez, José Juan Valdés González, Carmen Ispa Callen, Laura Blanca Alfaya Muñoz, Francisco Javier Lara Medina, Fernando González del Valle
Hospital «La Mancha Centro». Alcázar de San Juan. Ciudad Real

Material y Métodos: 17 pacientes diagnosticados de hipertiroidismo entre abril 2011 y marzo de 2013, fueron incluidos en el presente estudio. El estudio y seguimiento fue realizado por endocrinología y la sección de oculoplastía, órbita y vías lagrimales del servicio de oftalmología del Hospital «La Mancha Centro». 3 pacientes no presentaron signos de orbitopatía de Graves, pero, si hipertiroidismo clínico que requirió tratamiento durante el seguimiento. 6 pacientes fueron diagnosticados de orbitopatía de Graves leve. 8 paciente fueron diagnosticados de orbitopatía de Graves moderada o severa, CAS > 3. El diagnóstico de actividad fue imprescindible para el tratamiento. Los pacientes con orbitopatía de Graves activa leve recibieron tratamiento con selenio 200 µg diarios por 6 meses, o tratamiento preventivo con metilprednisolona si debían recibir tratamiento con I131. Loa pacientes con orbitopatía de Graves moderada o severa activa recibieron tratamiento con pulsos semanales de metilprednisolona, 500 mg / iv semanales por 6 semanas y 250 mg/iv por 6 semanas.
Resultados: Los pacientes con orbitopatía leve tratados con selenio mejoraron la sintomatología, se suspendió el tratamiento a los 6 meses, un paciente diagnosticado de obitopatía de Graves leve progresó a moderada y requirió metilprednisolona en pulsos. Los 8 pacientes tratados inicialmente con pulsos intravenosos de metilprednisona respondieron al tratamiento con mejoría de la sintomatología. Dos de estos presentaron signos de recidiva con buena respuesta a un segundo ciclo de tratamiento

OT severa secundaria a tratamiento con amidarona

Fernando Rodríguez Álvarez, Rosanne Gosalbez Rafel, Ester Mingorance Moya
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona

Material y Métodos: La amiodariona es un potente antiarrítmico que contiene el 37.2% de Iodo en su molecula.Se deposita en el tejido adiposo y se metaboliza lentamente por lo que sus efectos pueden aparecer hasta varios meses despues de su suspensión.Inhibe la 5 Desyodasa tipo 1 y 2,alt el metabolismo de las hormonas tiroideas y puede inducir citotoxicidad.A nivel del tiroides pude inducir hipo e hpertiroidismo(14-18%) y en estos pacientes con cardiopatia asociada puede crarse una situación de riesgo vital.La asociación con OT es similar a la asociación con disfunción tiroide en general,siendo poco conocida por el Oftalmologo la asociación de OT con AMIODARONA y menos aun descrita en la literatura.
Presentamos un paciente varón de 65 a. con angina de reposo,taquicardia sinusal y PR largo con antecedentes de Diabetes,dislipemia,HTA,Ictus e insf.renal cronica a tratamiento con amiodarona que ingresa para regular tratamiento.durante el mismo el paciente presentó una OT SEVERA con CAS 5/5 que precisó tratamiento con pulsos de 6 M-prednisolona
Resultados: Paciente con CAS 5/5 sometido a tratamiento con pulsos de 6Metilprednisolona con buena respuesta al mismo. La asociación de OT y disfunción tiroidea por Amiodarona es relativamente frecuente (14-18%) y bien conocida por los endocrinologos pero no así la asociación con OT severa (2%) no encontrando ninguna referencia en la bibliografía.

Uso del plasma rico en plaquetas como coadyuvante en la cirugía de la exposición de implantes de medpor

Joaquín José Rutllán Civit, Francisco Medina Rivero, Luisa Guerra Domínguez, Laura Farias Martínez, Alejandro Rutllán Farias
Hospital Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

Material y Métodos: 2 pacientes eviscerados que presentan exposición de sus implantes de Medpor son tratados aplicando un injerto dermograso sobre dicho implante. En el momento de la cirugía y a la semana se realizan inyecciones de PRP en ambos labios de la herida (conjuntiva-tenon receptora e injerto dermograso).
Resultados: En un caso se consigue el cierre del defecto mientras que en el otro no se consigue la integra-

ción del injerto dermograso y recidiva la exposición del implante. Se concluye que las inyecciones de PRP pueden ayudar en casos seleccionados pero no siempre evitan tener que recurrir a cirugías más complejas con sustitución del implante.

Adenoma pleomórfico de la glándula lagrimal con presemtación atípica

Verónica Sánchez Gutiérrez, Alfonso Casado Rojo, Constanza Barrancos Julián, Laura Díez Álvarez, Ana Rosa Albandea Jiménez, Carmen Moreno, Rosario Carrillo
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Material y Métodos: Se presenta el caso de un varón de 48 años que debutó con un cuadro de inflamación aguda localizada en glándula lagrimal izquierda, sin fiebre asociada. Se palpaba una glándula lagrimal aumentada de tamaño, quística, móvil, no adherida a planos profundos, con deformidad del párpado superior en forma de «S itálica» y ligera proptosis. Además presentaba hiperemia conjuntival moderada con quémosis en región temporal. Al examinar el fondo de saco superior, se observaba una lesión redondeada de aspecto quístico procedente de la porción palpebral de la glándula lagrimal. Ante la mejoría parcial de los síntomas con tratamiento antibiótico y antiinflamatorio y la clínica compatible con un proceso inflamatorio de la glándula lagrimal, nuestro diagnóstico de sospecha fue una dacrioadenitis aguda o bien, un dacriops infectado. Se extrajo material purulento procedente de la lesión y se envió para estudio microbiológico resultando un cultivo estéril. El estudio con Tomografía Computerizada de la órbita mostraba una lesión adyacente a la glándula lagrimal izquierda, con contornos bien definidos y que presentaba realce periférico tras la administración de contraste. Los hallazgos radiológicos eran compatibles con un quiste dermoide orbitario. Se decidió la extirpación quirúrgica de la lesión con envío de la muestra para su estudio anatomopatológico. La anatomía patológica de la lesión demostró que se trataba de un adenoma pleomórfico de la glándula lagrimal.
Resultados: Hallazgo sorprendente tras el estudio anatomopatológico de la lesión, al resultar un adenoma pleomórfico de presentación atípica. Habitualmente, este tumor benigno se presenta como una masa no dolorosa de crecimiento lentamente progresivo, en el cuadrante superoexterno de la órbita. El correcto diagnóstico preoperatorio de un adenoma pleomórfico puede verse dificultado cuando la presentación clínica no es la habitual. Por tanto, el envío de las muestras a anatomía patológica en todas las extirpaciones tumorales es imprescindible. En el caso de nuestro paciente, la extirpación quirúrgica de la lesión se realizó de forma completa sin disrupción capsular, lo cual es importante por el riesgo de recurrencias y transformación maligna asociadas a este tumor.

A propósito de un caso: Siringomas palpebrales gigantes

Esther Santos Vicente, Simón Quijada Angeli, Carlos Sjöholm Gómez de Liaño, Esther River Ruis, María Alejandra Amesty Morello, Diego López Arango, Rosa Gutiérrez Bonet
Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

Material y Métodos: Mujer, de 49 años de edad con hipercolesterolemia en tratamiento dietético como único antecedente médico, acude al servicio de oftalmología del Hospital Puerta de Hierro por presentar múltiples lesiones nodulares de límites precisos amarillentas distribuidas en párpado superior e inferior de ambos ojos de 4-5 mm de máximo diámetro, asintomáticas, que han aumentado en número a lo largo de los últimos meses y que en el momento de la consulta, invaden surco nasogeniano. Con la sospecha de xantugranulomatosis, se procede a la toma de muestra de biopsia para diagnóstico de certeza. El informe anatomopatológico revela: pieza de resección cutánea con proliferación anexial compatible con siringoma que alcanza uno de los bordes quirúrgicos laterales. Al conocer la naturaleza benigna de la lesión, se procedió a la resección de las lesiones restantes mediante escisión simple y electrocoagulación por una mejoría estética.
Resultados: Los siringomas son neoplasias benignas anexiales derivadas de la porción intradérmica ductal de las glándulas ecrinas. Estas lesiones suelen producirse en la zona periorbitaria de mujeres durante la pubertad o en edad adulta; así como en axilas, tórax, abdomen y nalgas Clínicamente se presentan como pequeñas, agrupadas, de color carne o ligeramente amarillento, dispuestos de forma simétrica y característicamente varían en tamaño desde 1-2 mm. Los xantogranulomas pueden tener una presentación clínica similar pero microscópicamente son muy diferentes, por ello el diagnóstico definitivo se realiza mediante

histología. Éstas además son lesiones benignas y que sólo requieren tratamiento si el paciente considera que son estéticamente inaceptables. Una peculiaridad añadida a este caso, es el tamaño de los siringomas siendo éstos de entre 4 y 5 mm de tamaño, considerándose en algunas publicaciones como "siringomas gigantes" (más de 5 mm).

Hemangioendotelioma epiteloide periocular

Mercedes Serrador García, Juan Antonio Troyano Rivas, Laura Valcarce Rial, Marta Bermúdez Vallecilla, Clara Berrozpe Villabona, Ángel Romo López
Hospital Clínico San Carlos. Barcelona

Material y Métodos: Mujer de 41 años valorada en el Servicio de Oculoplastia de nuestro hospital y remitida desde el Servicio de Cirugía General para ampliación de márgenes por lesión nodular eritematosa dolorosa de 0,7 cm de diámetro máximo en región seperotemporal a la cola de la ceja derecha de 1 año y medio de evolución realizándosele excisión en cuña profunda con márgenes de seguridad, siendo diagnosticada de Hemangioendotelioma epitelioide periocular derecho. Con técnicas de inmunohistoquímica mostraba positividad para CKAE1/AE3 y CD31, con índice proliferativo (ki67) del 7%. La anatomía patológica de la ampliación mostraba infiltración residual con márgenes libres.
Resultados: El hemangioendotelioma epitelioide (HEE) es un tumor de origen endotelial con malignidad borderline entre el hemangioma y el angiosarcoma, con una prevalencia estimada en EEUU del 0,01%. Histológicamente se caracteriza por una lesión infiltrante del endotelio vascular. Los tumores vasculares malignos y el HEE, en particular, son extremadamente raros en la órbita. Sólo encontramos publicados en la literatura unos pocos casos de HEE y la mayoría de ellos tienen su origen a partir de los huesos de la órbita. El curso clínico y el pronóstico del HEE es muy variable y el manejo quirúrgico con excisión completa no suele precisar tratamiento coadyuvante.

Fístula carotido cavernosa bilateral: diagnóstico diferencial de conjuntivitis crónica bilateral

M.ª Isabel Soler Sanchís, Isabel Fesser Oroz, Rocío Traspas Tejero, Rosa Pardiñas Pérez, Miguel Perea García
Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Material y Métodos: Las fístulas carótido cavernosas son comunicaciones anómalas que se establecen entre la arteria carótida y el seno cavernoso, bien directamente o bien por ramas intradurales de las arterias carótidas interna y externa. Pueden ser de origen espontáneo o traumático. Se clasifican en fístulas directas o tipo A, por ruptura de arteria carótida interna en el interior del seno cavernoso (alto flujo) e indirectas o tipo B, C, D por ruptura espontanea de ramas de pequeño calibre de la arteria carótida interna o externa y el seno cavernoso (bajo flujo). Presentamos el caso de una mujer 87 años que acude a urgencias por ojo rojo de varios mes de evolución, diagnosticada de conjuntivitis por su médico de atención primaria, tratada en primer lugar con colicursi gentadexa y posteriormente con tobradex sin mejoría. Los antecedentes patológicos son cardiopatía isquémica, bloqueo auriculo ventricular de primer grado y bloqueo rama inferior derecha. Su tratamiento habitual es enalapril, sinvastatina, atenolol, omeprazol, amlodipino y acidoacetilsalicilico. En la exploración oftalmológica se objetiva AV (agudeza visual) OD (ojo derecho) 0.2 OI (ojo izquierdo)0.3 con su corrección. La biomicroscopia de ambos ojos muestra hiperemia mixta ++, quemosis inferior, vasos epiesclerales aumentados en zona temporal, buena cámara anterior y tyndall -. La MOI (motilidad ocular intrínseca) es normal y en la MOE (motilidad ocular extrínseca) se observa exoforia 15º alterna, sin diplopía. La presión intraocular (PIO) en OD es de 12 y OI 13mmHg. El fondo de ojo (FO) presenta atrofia peripapilar y coroidosis senil difusa. Se diagnostica de Conjuntivitis toxico alérgica, se trata con medroxiprogesterona y acido fusídico y se cita 5 días más tarde para nueva evaluación. En la segunda valoración la familiar refiere empeoramiento leve, la AV y BMC se mantiene estable mientras que en la MOE hay limitación de la infra y abducción OI sin diplopía. La MOI las pupilas son arreactivas luz/convergencia y la PIO ha aumentado a 20mmHg. Dada la sospecha de fistula carótido cavernosa se solicita TAC craneal-orbitario-angio TAC; en el que se objetivan signos de dilatación de la circulación venosa orbitaria-facial y de ambos senos cavernosos de predominio izquierdo.

Resultados: Dada la información tan completa aportada por la reconstrucción tridimensional del angio TAC claramente compatble con fistula carótido cavernosa bilateral de predominio izquierdo y dada la edad de la paciente se desestima solicitar arteriografía diagnóstica terapeutica. En la actualidad la paciente realiza controles en consulta y se deciden medidas conservadoras.

Paresia bilateral idiopática del músculo orbicular

Juan Felipe Spencer Vicent, Estrella Fernández Martínez, Marc Figueras Roca, Pablo Morales, Santiago Ortiz Pérez
Hospital Clínic de Barcelona

Material y Métodos: Se describe el caso de una mujer de 68 años que acude con lagoftalmos y ectropion bilateral evolutivo y sintomatología de superficie ocular secundaria de larga evolución. Al examen oftalmológico destaca: Lagoftalmos de 4 mm. bilateral, musculatura facial conservada con atonía del músculo orbicular tanto en parpado superior como inferior, laxitud horizontal marcada, tendones cantales laterales desinsertados y queratopatía punteada superficial confluente en ambos ojos. Se realiza cirugía correctora del ectropión y biopsia de músculo orbicular. Se realizó EMG del músculo orbicular y serología de anticuerpos antireceptor de acetilcolina.
Resultados: El resultado de la cirugía fue un lagoftalmos residual de 1,5 mm. en ambos ojos al mes postoperatorio. La biopsia de músculo orbicular describe cambios atróficos y fibróticos a nivel de las fibras musculares. El perfil bioquímico es normal y la serología es negativa para anticuerpos antireceptor de acetilcolina. El informe del EMG demuestra ausencia de respuesta del músculo orbicular mediante electrodos cutáneos y actividad eléctrica baja mediante electrodos de aguja, sin signos de denervación, solo se describen algunos potenciales de unidad motora ocasionales.

Conformador tapizado con injerto libre de piel retroauricular: una alternativa para la reconstrucción de la cavidad anoftálmica

Consuelo Spinola Muñoz, Belén Domínguez García, Rubén Ángeles Figueroa, María Concepción Díaz Ruiz, María Gessa Sorroche
Hospital Universitario Virgen de la Macarena. Sevilla

Material y Métodos: Paciente de nueve años con anoftalmía congénita bilateral y retracción orbitaria secundaria. Reconstrucción de la cavidad anoftálmica y los fondos de saco mediante conformador tapizado de injerto libre de piel retroauricular, sin suturas a los tejidos propios de la cavidad orbitaria.
Resultados: La reconstrucción de fondos de saco mediante conformador tapizado de injerto libre de piel es una alternativa en casos con importante retracción orbitaria donde otras técnicas quirúrgicas no están indicadas o no logran resultados aceptables.

Reconstrucción del tarso de párpado superior con cartígalo auricular

Consuelo Spinola Muñoz, Belén Domínguez García, María Concepción Díaz Ruiz, Rubén Ángeles Figueroa, María Gessa Sorroche
Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Material y Métodos: A propósito de un caso. Reconstrucción del tarso de párpado superior en paciente con inestabilidad palpebral empleando injerto libre de cartílago auricular.
Resultados: El cartílago auricular es un buen material para la reparación del tarso, integrándose correctamente en los tejidos palpebrales y consiguiendo un buen resultado funcional.

Blefaroespasmo y apaxia de la elevación del párpado: Miectomía del orbicular y gran avanzamiento de la aponeurosis

Consuelo Spinola Muñoz, Belén Domínguez García, Rubén Ángeles Figueroa, María Concepción Díaz Ruiz, María Gessa Sorroche
Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Material y Métodos: A propósito de un caso. Paciente con blefarospasmo y apraxia de la elevación del párpado superior incapacitantes al que se le practica una miectomía del orbicular superior y un gran avanzamiento del complejo del elevador.
Resultados: El paciente se encuentra actualmente asintomático. Se reafirma el hecho de que la miectomía del orbicular es un tratamiento eficaz en el blefarospasmo y se plantea la posibilidad de asociar dicha técnica a otras, como los avanzamientos aponeuróticos en caso de aparaxia, para conseguir un resultado óptimo.

Evisceración con doble cobertura escleral en un recién nacido

Paula Talavero González, Paloma Rozas Reyes, Darío Álvarez Fernández, Carmen María González Rodríguez
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Material y Métodos: Recién nacido varón con escleromalacia congénita anterior que sufre perforación ocular y subluxación del globo ocular. Se decide la realización de evisceración con doble cobertura escleral. Se consigue con ello colocar un implante de Medpor de 18mm, con un buen resultado final. Describimos la técnica realizada, por pasos, en un recién nacido.
Resultados: Para conseguir un buen resultado estético tras una evisceración es necesario colocar un implante de tamaño adecuado, pero cuando hay una cavidad escleral pequeña, como es el caso de un recién nacido, es difícil. Se han descrito diferentes técnicas, siendo una de ellas la evisceración con doble cobertura escleral.

Melanoma orbitario asociado a ptisis bulbi

Ignacio Tapias Elías, Ana María Angulo Granadilla, Javier Ráez Balbastre, María Jesús Fernández Aceñero, Alberto Escudero Villanueva, M.ª Dolores Martínez Pérez
Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Material y Métodos: Mujer de 73 años sin antecedentes sistémicos de interés es remitida desde otro centro para valoración de tumoración orbitaria izquierda de meses de evolución. Antecedentes oftalmológicos: Traumatismo ocular en 2001 en ojo izquierdo con ptisis bulbi secundaria y portadora de cascarilla escleral e implante de PMMA en sulcus. Exploración física: masa violácea que protruye desde fondo de saco superior, indolora, móvil y de consistencia blanda. Impresiona de tumoración vascular o hematoma. Ausencia de pigmentación en párpados y conjuntiva. Tomografía axial computerizada: lesión sólida bien delimitada y morfología irregular en mitad anterior de órbita afectando al compartimento intra y extraconal de 22x 26 x 34mm (anteroposterior x transversal x craneocaudal). La lesión rodea a remanente atrófico de globo ocular, a los músculos extraoculares y al nervio óptico englobándolos y desplazándolos. Paredes orbitarias sin signos de invasión, vena oftálmica superior de calibre normal. No visualización de glándula lagrimal. La biopsia de la lesión es informada como melanoma fusocelular. Bajo anestesia general se realiza exenteración orbitaria izquierda con reconstrucción mediante colgajo de músculo temporal. El estudio histopatológico revela la existencia de un melanoma fusocelular de 3,4cm de diámetro máximo con leve atipia y escaso pigmento melánico con invasión perineural. El análisis del remanente ocular no demuestra zonas prliferativas o atípicas. Se realiza estudio de extensión siendo negativo. La paciente inicia tratamiento con radioterapia.
Resultados: El melanoma orbitario primario es una rara entidad. Aparece más frecuentemente en pacientes de raza blanca que presentan lesiones melanocíticas predisponentes como el nevus azul o la melanocitosis (nevus de ota). Se postula que se origina en los melanocitos orbitarios, células derivadas de la cresta neural localizadas en las leptomeninges del nervio óptico, vasos emisarios esclerales o nervios ciliares.
Su diagnóstico es de exclusión descartando tanto una extensión local como metastásica. Presenta un mal pronóstico debido a la temprana invasión perineural y hemática. El tratamiento es quirúrgico siendo necesaria una completa resección, freceuentemente exenteración pudiendo asociarse radioterapia o quimioterapia.

Tumor de Masson orbitario

José Alvaro Toribio García, Irene Garzo García, Elena Pérez Díez
Complejo asistencial universitario de León

Material y Métodos: El tumor de Masson, también llamado hiperplasia endotelial papilar intravascular (HEPI), es una lesión vascular benigna, no neoplásica, que consiste en una rara proliferación endotelial reactiva tras una trombosis vascular. Presentamos el caso de una mujer de 72 años que acude nuestra consulta por la presencia de una masa indolora en el párpado inferior izquierdo de 15 años de evolución sin otra sintomatología añadida. Su agudeza visual, presión intraocular, biomicroscopía de polo anterior y funduscopia eran normales. Presentaba una masa redondeada elástica bien delimitada, palpable en el tercio interno del párpado inferior del ojo izquierdo que provocaba hipertropia del ojo izquierdo sin diplopía ni restricción en la motilidad ocular extrínseca. El TAC mostró una masa en órbita anterior con unos diámetros máximos de 1,8 x 1,9 cm con localización extraconal que desplazaba superior y lateralmente al globo ocular. Su densidad era heterogénea con una imagen de calcificación en su interior y captación de contraste.
Resultados: Se decidió resecar completamente la lesión a través de una incisión subciliar. La lesión estaba encapsulada y adherida posteriormente a la grasa obitaria. El estudio anatomopatológico reveló la presencia una malformación vascular arteriovenosa con áreas de trombosis e hiperplasia papilar endotelial sin datos de malignidad compatible con tumor de Masson. El tumor se resecó completamente y 5 meses después la paciente se encuentra asintomática sin signos de recidiva. La etiología exacta de la HEPI no se conoce aunque parece que una alteración en el proceso de trombosis provoca una peculiar organización del trombo y el desarrollo de papilas. El tratamiento consiste en la completa resección de la lesión incluyendo amplios márgenes para evitar la recurrencia.

Papiloma transicional invertido con origen en saco lagrimal: a propósito de un caso

Carmen Triviño García-Franco, Carmen Sánchez Sánchez, Marco Sales Sanz
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Material y Métodos: Mujer de 65 años de edad derivada a nuestro centro para valoración de tumoración en canto interno derecho y epífora de tres meses de evolución. Presentaba una masa que sobrepasaba superiormente el tendón cantal medial en región de la fosa lagrimal, con obstrucción distal al canalículo común. En el TAC se identifica una masa en canto interno derecho, sin determinarse su naturaleza. En la PAAF, la citología era negativa para células maligna. Se realiza una biopsia-extirpación para estudio anatomopatológico, que se informa como papiloma invertido transicional. En el conducto nasolagrimal se aprecia una transición clara entre la lesión papilomatosa y el epitelio normal, confirmandose que el tumor que no hay extensión hacia la cavidad nasal. Por lo tanto, se establece el origen como primario de saco lagrimal. Cinco meses después la paciente se encuentra estable, sin recidivas del tumor.
Resultados: Los papilomas invertidos son tumores benignos, aunque localmente agresivos, con riesgo de malignización del 10 al 15% y recidivas frecuentes (20-70%). Clínica y radiológicamente puede confundirse con otros procesos tumorales o inflamatorios, siendo el estudio histológico lo que da el diagnóstico. La afectación del saco lagrimal suele ser por extensión secundaria de un tumor nasosinusal, aunque de forma excepcional también es posible la afectación primaria. Como a la hora del diagnóstico suele haber invasión de varias estructuras, el lugar de origen no se puede llegar a confirmar. En este caso sin embargo, como el papiloma se encuentra limitado al aparato lagrimal, sí se establece como lugar de origen. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica completa para disminuir el riesgo de recidiva.

Alternativa quirúrgica en la corrección de la triquiasis asociada a Sd. de Floppy Eyelid

Daniel Velázquez Villoria, Tirso Alonso Alonso, Ramón Medel Jiménez, Gabriel Arcos Algaba, José García Arumí
Hospital Universitario Vall d´Hebron. Barcelona

Material y Métodos: La triquiasis del párpado superior suele presentarse asociada a procesos cicatriciales que afectan a la lamela posterior y al margen palpebral. En el Sd. de Floppy Eyelid es frecuente la ptosis de pestañas pero sin dar lugar a una verdadera triquiasis en la mayoría de los casos.

Presentamos una alternativa quirúrgica para la corrección de la triquiasis asociada al Sd de Floppy Eyelid.
Caso clínico: Varón de 46 años afecto de SAOS que consulta por sensación de cuerpo extraño y erosiones corneales recidivantes, las cuales le incapacitaban profesionalmente en su ocupación de conductor profesional. El paciente presentaba una hiperlaxitud horizontal marcada en ambos parpados superiores, con dermatocalasis y ptosis de parpado superior bilateral de 1 mm junto con una verticalización de las pestañas del PS, que condicionaban una verdadera triquiasis, causando el roce constante de las pestañas con la porción central de la córnea en ambos ojos. Se realiza cirugía de acortamiento horizontal del tarso superior mediante exéresis en medialuna, cantopexia con colgajo de periostio, acortamiento vertical de lamela anterior a través de una incisión en pliegue palpebral superior sin incisión en borde palpebral, y reposición de aponeurosis del músculo elevador del PS con suturas elevadoras de la lamela anterior para conseguir un vector de fuerza ascendente sobre la lamela anterior.
Resultados: Tras 12 meses de seguimiento, presenta un buen resultado estético y funcional. El paciente se encuentra asintomático, reinsertado laboralmente, y mantiene un buen contorno palpebral, sin recidiva de la triquiasis.

Dacrioadenitis crónica unilateral en un síndrome de Sjogren

M.ª del Rosario Villalonga Pesudo, Raquel Bañón Navarro, Luis León Ibáñez, María Lledó Redón Soriano, María del Carmen Arias López
Hospital General de Castellón

Material y Métodos: Mujer de 54 años con síndrome de Sjogren en seguimiento por el servicio de reumatología acude a la consulta de oftalmología por tumoración de la glándula lagrimal derecha de 2 años de evolución. La tumoración es móvil, no dolorosa y no eritematosa. En la exploración oftalmológica no se observan alteraciones en la morfología de la glándula lagrimal, ni en la motilidad ocular, ni en el polo anterior y posterior. El test de Schimmer es de 2 mm en el ojo derecho y de 3 mm en el ojo izquierdo. La RMN informa de un aumento de volumen de la glándula lacrimal derecha con respecto a la contralateral, mostrando con la inyección de gadolinio un realce periférico con hipocaptación central. Se decide tratar con corticoides orales. Tras la pauta corticoidea de 15 días no se produce modificación de la tumoración por lo que se opta por un tratamiento conservador: la observación; debido a la inactividad en el tiempo de la lesión y a la escasez de la respuesta al tratamiento.
Resultados: En una dacrioadenitis crónica unilateral se ha de realizar un diagnostico diferencial entre una etiologia infecciosa, inmunológica y tumoral.

Reconstrucción del canto interno mediante la técnica del colgajo glabelar

M.ª del Rosario Villalonga Pesudo, Raquel Bañón Navarro, Luis León Ibáñez, María Lledó Redón Soriano, Ana Llorca Cardeñosa, María del Carmen Arias López
Hospital General de Castellón

Material y Métodos: Mujer de 90 años que acude con lesión eritematosa en el canto interno del ojo derecho que se extiende hacia el canalículo superior y se observa induración de la región del saco lagrimal, de un año de evolución. En la RMN se observa una masa de 8mm en el canto interno del globo ocular.
Se realiza exéresis simple de la lesión de la región cantal interna y del saco lagrimal, se realiza curetaje hasta el periostio de la cresta lacrimal para asegurar los bordes quirúrgicos libres de la lesión. Se utiliza como técnica reconstructiva facial el colgajo glabelar con acción rotacional y transposicional en la reparación del puente nasal, canto interno y del párpado superior.
Resultados: Actualmente la paciente presenta un menisco lagrimal de 1mm que se manifiesta con una leve epífora como consecuencia de la extirpación del canalícelo superior y del saco lagrimal. Dicha epífora ha mejorado la sintomatología del síndrome de ojo seco que padecía esta paciente.

Perlas en cirugía de dacriocistorrinostomía externa: adaptándonos a la anatomía

Tirso Alonso Alonso
Hospital Vall d´Hebrón. Barcelona

Material y Métodos: El tamaño y estado del saco lagrimal, y la relación de éste con el etmoides, son factores que condicionan el éxito de la cirugía de dacriocistorrinostomía. La posición del saco lagrimal en relación a las celdas etmoidales anteriores y el cornete medio, varía de unas personas a otras. Presentamos los hallazgos intraoperatorios y las maniobras quirúrgicas en 2 cirugías de DCR vía externa. Observamos una posición del saco lagrimal en relación con el etmoides diferente, así como una anatomía diferente del cornete medio. Explicamos las maniobras quirúrgicas para adaptarnos a estas variaciones anatómicas. En ambos casos se observan sinequias a nivel de la mucosa del saco lagrimal, en el caso 1 en relación con los múltiples episodios de dacriocistitis aguda previos, y en el caso 2, probablemente secundarias a la cirugía previa de DCR con láser diodo.
Resultados: Identificar las adherencias de la mucosa del saco lagrimal y las variaciones anatómicas en la relación del saco lagrimal con el etmoides, y adaptar las maniobras quirúrgicas a estos hallazgos intraoperatorios, podría mejorar la tasa de éxito de la cirugía de DCR.

Plastia palpebral compleja post-extirpación tumoral amplia

Ania Buigues Llull, Guillermo Salcedo Casillas, Ariel Ceriotto
Hospital de la Asociación para evitar la ceguera en México

Material y Métodos: Presentamos el caso de una mujer de 78 años, que acudió por dolor, sangrado y caída de pestañas en ojo derecho de 6 meses de evolución. A la exploración se observaba una lesión ulcerada de bordes aperlados, con pigmento y pérdida de anexos, que afectaba al 100% del borde palpebral superior (PS) y al 15% del inferior (PI) en su canto externo. A pesar de la ubicación y rápida evolución del cuadro, se sospechó una lesión maligna compatible con un carcinoma basocelular por el aspecto macroscópico. Se procedió a la extirpación de la lesión tomando bordes quirúrgicos de unos 5 mm. Y se reconstruyó el gran defecto palpebral mediante un injerto libre de tarso contralateral, una doble hamaca de periostio en el canto externo, un colgajo de orbicular sobre el tarso donante y un colgajo miocutáneo del PI. A su vez, se realizó una tarsorrafia temporal tras reavivar el borde libre inferior, con el fin de aumentar el aporte vascular del injerto libre de tarso.
Resultados: La biopsia confirmó el diagnóstico de carcinoma basocelular de tipo sólido y esclerosante infiltrante con bordes quirúrgicos negativos. Al mes de la cirugía se procedió a la apertura de la tarsorrafia. A los 6 meses de la cirugía, la paciente no presenta signos de recidiva tumoral. La anatomía palpebral presenta un buen aspecto estético y conserva su funcionalidad.

Prótesis Ocular Elevada

Angel M.ª Domínguez Polo, Laura Lavilla García, León Ramón Garijo
Hospital Clínico Universitario. Zaragoza

Material y Métodos: Se presenta el caso de un paciente operado de evisceración con implante, sin estabismo previo conocido, en el que se objetiva en postoperatorio precoz una malposición del pseudoglobo en supraducción en PPM y una aparente ausencia de fórnix inferior que impide la adaptación de prótesis ocular. En la exploración se comprueba que esto está causado por la supraducción en PPM. Se plantea desinsertar el músculo recto superior y colocar suturas profundizadoras de fórnix.
Resultados: A los 6 meses de la cirugía se observa como la posición del pseudoglobo se ha normalizado en PPM y la prótesis ocular se adapta perfectamente conservando una movilidad aceptable.

Flap de pericráneo en sándwich. Buscando la concavidad del canto medial

Ignacio Genol Saavedra, Mercedes Rivera Zorí, Bazil Tit-Liviu Stoica, Nicolás Toledano Fernández
Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

Material y Métodos: Las técnicas de reconstrucción oncológica periocular son satisfactorias en su mayoría desde el punto de vista funcional pero no siempre consiguen un adecuado resultado estético. En concreto las técnicas de reconstrucción del canto medial son a menudo de resultado pobres desde el punto de vista cosmético pues no consiguen reconstruir adecuadamente la concavidad de esta zona (como típicamente les ocurre a los colgajos glabelares o frontales) y son un continuo desfío para el oculoplástico. En un intento por mejorar nuestros resultados presentamos una reconstrucción de un tumor basocelular de toda la región cantal medial y la mitad de ambos párpados. Para lámina posterior se utilizaron injertos libres tarsoconjuntivales suturados a flaps de periostio nasal. Como lámina intermedia y como aporte vascular fundamental se diseñó un flap de pericráneo de transposición suborbicular a la región a reconstruir fijado con adhesivo tisular para potenciar su adherencia y concavidad. Para la lámina anterior se emplearon 2 injertos libres de piel fijados con seda y con adhesivo tisular.
Resultados: Presentaremos el resultado funcional y cosmético a los 6 meses de la intervención

Ectropión cicatricial. Injerto y colgajo miocutáneo combinados sobre cantopexia

Raquel Lapuente Monjas, Ignacio Genol Saavedra, Nicolás Toledano Fernández, Araceli Nogueira Goriba
Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

Material y Métodos: Paciente con ectropión cicatricial de párpado inferior en su mitad más externa tras extirpación de tumoración malar que resultó ser una metástasis de carcinoma gástrico. En su mitad más interna se observa un marcado linfedema palpebral. Para la reconstrucción se extirpa toda la cicatriz que ocupa todo el párpado inferior y la región cantal lateral y se realiza una cantopexia mediante tira tarsal lateral. La lámina anterior se reconstruye con una combinación de injerto libre de piel (tomada del párpado superior del ojo adelfo) y un colgajo miocutáneo de transposición del párpado superior homolateral.
Resultados: Se presentaran los resultados a las 2 semanas y al mes de la cirugía.

Técnica de emparedado modificada, cantopexia secundaria. Reconstrucción párpado superior completo, parcial inferior y canto externo

Jorge Rivera Salazar, José Juan Valdés González, Carmen Ispa Callen, Javier Gálvez Martínez, Laura Blanca Alfaya Muñoz, Francisco Javier Lara Medina, Fernando González del Valle
Hospital «La Mancha Centro». Alcázar de San Juan. Ciudad Real

Material y Métodos: Mostramos nuestra variante de la técnica de emparedado en la reconstrucción del párpado superior, estabilización de párpados superior e inferior, reconstrucción de canto lateral y cantopexia secundaria. Para reconstruir la lamela posterior del párpado superior se utilizo un injerto libre de tarso contra-lateral, para dotarle de vascularización se divide el músculo orbicular preseptal y se traslada parte con un puente de piel. Se realizan colgajos de periostio para estabilizar los tarsos superior e inferior, se reconstruye canto externo con piel próxima, se cierra el defecto de párpado con injerto libre retro-auricular sobre resto de músculo orbicular.
Resultados: Para reconstruir un defecto completo de párpado superior y cuando no cuentas con suficiente tarso inferior, una buena alternativa es ésta variante de la técnica de emparedado con dos injertos libres, pero, en distinta posición, lo que mejora la viabilidad de los mismos. La cantopexia tardía mejora la apertura y función de la hendidura palpebral. Los resultados estéticos y funcionales son aceptables.

Anquiloblefaron postquirúrgico. Reconstrucción de fórnix con membrana amniótica y adhesivo tisular

Mercedes Rivera Zorí, Ignacio Genol Saavedra, Bazil Tit-Liviu Stoica, Nicolás Toledano Fernández, Araceli Nogueira Goriba
Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

Material y Métodos: Paciente operado en varias ocasiones de un carcinoma espinocelular del párpado inferior. Presenta un anquiloblépharon postquirúrgico en los 180º inferiores que le inducen diplopía. Para reconstruir el fórnix se procedió a la escisión de todo el tejido cicatricial conjuntivotenoniano bulbar, eliminando las adherencias cicatriciales que rodeaban al recto inferior y eliminando una gran masa cicatricial en el espesor palpebral. Se sutura la capa más posterior al borde libre y se coloca una monocapa de membrana amniótica fijada con adhesivo tisular y con una banda de silicona que minimice el riesgo de adherencias entre la cara bulbar y la cara tarsal del fórnix.
Resultados: Presentamos cómo a los 6 meses de la cirugía el fórnix es suficientemente profundo como para permitir colocarle un blefarostato y poder operarle de cataratas.

Descompresión orbitaria lateral por osteotomía lateral

Marco Sales Sanz, Hae-Ryung Won Kim, Andrea Sales Sanz
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Material y Métodos: Vídeo de una descompresión orbitaria lateral por osteotomía lateral que se puede asociar a una descompresión medial facilitando su exposición.
Resultados: Se consigue una excelente exposicion de la pared lateral profunda y de la pared medial.

Injerto libre de tarsoconjuntiva suturado a flap de periostio y colgajo miocutáneo de transposición superior. Una alternativa fácil al Hughes en tumores del párpado inferior

Javier San Román Llorens, Ignacio Genol Saavedra, Mercedes Rivera Zorí, Bazil Tit-Liviu Stoica, Nicolás Toledano Fernández, Araceli Nogueira Goriba
Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

Material y Métodos: Paciente de 81 años en tratamiento con inyecciones intravítreas mensuales presenta un carcinoma basocelular del párpado inferior izquierdo. Para permitir que pueda seguir su terapia antiangiogénica, se planteó una alternativa al Hughes, mediante el uso de injerto libre de tarso-conjuntiva suturado a un flap de periostio del reborde orbitario lateral. Para reconstruir la lámina anterior se diseñó un colgajo miocutáneo de transposición del párpado superior hacia el defecto inferior.
Resultados: Presentamos el resultado satisfactorio a los 6 meses.

Miotomía orbicular mínimamente invasiva para el tratamiento del blefaroespasmo esencial

Bazil Tit-Liviu Stoica, Nicolás Toledano Fernández, Ignacio Genol Saavedra, Araceli Nogueira Goriba,
Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

Material y Métodos: El blefaroespasmo esencial es una distonía focal bilateral que puede llegar a considerarse como una causa de ceguera funcional que deteriora gravemente la calidad de vida de los pacientes. El orden terapéutico establecido se basa en el uso inicial de benzodiazepinas e inyecciones con toxina botulínica a nivel del músculo orbicular de modo que cuando éstas dejan de ser eficaces recurriremos al tratamiento quirúrgico. Presentamos el caso de un varón de 67 años con blefaroespasmo esencial diagnosticado hace

4 años, en seguimiento por los servicios de neurología y psiquiatría. En tratamiento con benzodiazepinas (midazolam) e inyecciones de toxina botulínica que inicialmente funcionaron pero el paciente empeora en el último año. Le refieren a nuestro servicio de Oculoplástica y se le infiltró con inyecciones de toxina botulínica en 10 puntos alrededor de cada ojo, con 5 UI en cada punto. Las inyecciones se repitieron en un par de ocasiones con un intervalo de 2 semanas pero el paciente sigue empeorando con una grave deterioro de su calidad de vida.
Decidimos plantear un tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo que consiste en realizar una miotomía limitada del músculo orbicular cerca del canto lateral desde el tarso palpebral hasta el reborde orbitario superior e inferior (técnica descrita por Daljit Singh, 2012). En el vídeo describimos la cirugía paso a paso, realizada con bisturí eléctrico en un ojo y con bisturí frío y tijera en el otro. Al final se sutura solamente la piel.
Resultados: En el postoperatorio se observa de forma inmediata que el blefaroespasmo casi desaparece por completo, con una disminución de la frecuencia y de la intensidad de las contracciones mejorando de forma sustancial la calidad de vida del paciente. Presentamos los resultados al siguiente día de la cirugía, al mes, a los 3 meses y también cómo se mantiene el resultado a los 9 meses. Nuestra hipótesis es que el éxito del procedimiento es debido a una doble acción de la cirugía. Por un lado la sección de las ramas frontotemporales y zigomáticas a su entrada en los párpados inhibe el impulso neuromuscular, y por otro lado pensamos que a través de estas 2 incisiones se produce una doble interrupción del anillo del músculo orbicular siendo menos efectiva su contracción. El blefaroespasmo es un cuadro muy debilitante que puede afectar mucho el estado general del paciente condicionando negativamente su calidad de vida. Presentamos el resultado muy favorable en un primer caso seleccionado para esta nueva opción quirúrgica, menos invasiva que los cruentos abordajes tradicionales, sin efectos secundarios y sin recurrencias a los 9 meses después de la intervención.

DCR retrógrada

Álvaro Toribio García
Complejo asistencial Universitario de León

Material y Métodos: La dacriocistorrinostomía (DCR) retrógrada es una técnica quirúrgica que permite resolver una obstrucción combinada del conducto lacrimonasal y de la porción medio-proximal de los canalículos. Se presenta un vídeo con los pasos más importantes en la realización de una DCR retrógrada, para resolver un caso de obstrucción combinada del conducto lacrimonasal y del canalículo inferior a nivel proximal. Tras realizar el abordaje y la osteotomía idénticos a la DCR externa, se consigue localizar el canalículo común pasando una sonda de Bowman desde el canalículo superior y a continuación se introduce una sonda pig-tail por el canalículo inferior que nos sirve para localizar el canalículo inferior y eliminar el tejido cicatricial desde la luz del canalículo al punto lagrimal. Posteriormente se realiza la intubación de la vía lagrimal con sondas de silicona, que se mantuvieron durante 3 meses.
Resultados: Tras la intervención la paciente refería no tener epífora y la vía lagrimal era permeable desde la primera semana de la intervención y continuó siendo permeable tras retirar la intubación de silicona.