

# XXXII CONGRESO



SECPOO

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA  
PLÁSTICA OCULAR Y ORBITARIA

PIRÁMIDE DE ARONA PLAYA DE LAS AMÉRICAS

**TENERIFE**



2023

7, 8 Y 9 DE JUNIO

**LIBRO DE RESÚMENES**

Comunicaciones en Vídeo

## COMUNICACIONES EN VÍDEO

### VI

#### **Tratamiento de la retracción parcial con injerto de mucosa bucal**

Andrea LAISECA GARCÍA, Lucas SANJUÁN RIERA, *Hospital Universitario de Getafe. Clínica Dres. Laiseca*

Se presenta vídeo explicativo de la técnica quirúrgica para el tratamiento de la retracción parcial de la cavidad anoftálmica. Se trata de un paciente con escasez de fórnix superior, entropion y ptosis del párpado superior. Se realiza en el mismo acto quirúrgico un injerto de mucosa para mejorar los fornix, un avance de la aponeurosis del músculo elevador para mejorar la ptosis y tres puntos eversores para mejorar el entropion.

## COMUNICACIONES EN VÍDEO

### V2 **Recambio quirúrgico de implante orbitario infectado** Sara MORA SÁEZ, Nahed EL-ABDELLA HAJJI, *Hospital General Universitario de Castellón*

Presentamos un caso de una paciente de 45 años que acude por urgencias de oftalmología por abundantes secreciones malolientes en su cavidad anoftálmica. En cuanto a los antecedentes oftalmológicos de la paciente cabe destacar una perforación ocular traumática en el ojo izquierdo hace más de 20 años.

A la exploración en lámpara de hendidura destaca la presencia de secreciones amarillentas provenientes de una dehiscencia conjuntival con extrusión de prótesis. Se toma muestra de las secreciones para cultivo microbiológico y tratamiento antibiótico oportuno. No obstante, la clínica de la paciente no mejoró y la exposición del implante aumentó. Por este motivo, se decidió realizar cirugía de recambio protésico. Las pruebas de imagen radiológicas demostraban la integridad del nervio óptico y que la prótesis estaba rodeada de esclera. Por tanto, la cirugía desconocida de la paciente era una evisceración.

A continuación se describe la técnica quirúrgica:  
En primer lugar, se abre la conjuntiva para lograr la total exposición del implante orbitario. Posteriormente, se disecciona la prótesis de la conjuntiva. Se liberan las adherencias fibróticas que la mantenía integrada dentro de la esclera. Esto nos permite extraer la prótesis infectada. Se cauterizan los puntos sangrantes y se evidencia que en la evisceración previa no se realizó la técnica de los cuatro pétalos. Se observa que la esclera se encuentra dividida en dos mitades (superior e inferior). Se disecciona la conjuntiva de la esclera. Se realiza asepsia con povidona yodada sobre el campo quirúrgico y se embebe la nueva prótesis en antibiótico tópico según antibiograma. Se introduce el implante y, posteriormente, se sutura la esclera y la conjuntiva con sutura reabsorbible de 6/0. Se coloca conformador en cavidad anoftálmica y se mantiene durante un mes.

Tras la cirugía, y hasta el día de hoy, la clínica de secreciones malolientes y dehiscencia conjuntival con extrusión de implante orbitaria ha quedado resuelta.

## COMUNICACIONES EN VÍDEO

### V3

#### **Recidiva aislada de nervio óptico de disgerminoma del III ventrículo: enucleación ampliada**

Salomé ABENZA BAEZA, Silvia LÓPEZ MONTALBÁN, Marta PALAZÓN DE LA TORRE, David MARTÍNEZ MARTÍNEZ, *Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca*

**Caso clínico y técnica quirúrgica:** Varón de 18 años que consulta por cuadro de cefalea, poliuria y polidipsia de semanas de duración y es diagnosticado de diabetes insípida. En la RMN se visualiza una lesión III ventrículo que es biopsiada con diagnóstico de tumor de células germinales (TCG) del sistema nervioso central (SNC) no germinoma. Se realiza cirugía excisional por parte de neurocirugía con quimioterapia (QT) y radioterapia (RT) posterior, alcanzando la remisión completa. La exploración oftalmológica antes y después del tratamiento era normal en ambos ojos.

El paciente se mantiene estable hasta 4 años más tarde en el que nota pérdida de agudeza visual (AV) por su ojo izquierdo (OI) que empeora rápidamente en semanas, hasta amaurosis por atrofia óptica. En la RMN, se observa hiperseñal del nervio óptico (NO) izquierdo que es diagnosticado inicialmente como neuropatía postradiación. En los meses sucesivos hay mayor engrosamiento y captación del NO a pesar de múltiples tratamientos sistémicos, por lo que finalmente se plantea la posibilidad de recidiva tumoral. La biopsia del NO es compatible con TCG por lo que se inicia QT que hubo que suspender por fallo hepático. Al no estar seguros de la erradicación completa del tumor, se plantea neurectomía y enucleación vía anterior con implante de polietileno poroso recubierto con esclera de banco, para reconstrucción orbitaria.

**Conclusiones e indicaciones:** La extensión locorregional de los TCG del SNC es frecuente en el momento del diagnóstico, pero la extensión de la vía óptica es raro. Existen muy pocos casos reportados con recidiva en NO, meses o años después del tratamiento inicial. La disminución de AV en pacientes con historia de TCG puede indicar recidiva tumoral en la vía óptica y la RM es básica para un diagnóstico precoz. La QT precoz puede evitar la ceguera aunque la enucleación ampliada con neurectomía de todo el trayecto del NO, puede salvar la vida del paciente.

Nivel evidencia: IV



## COMUNICACIONES EN VÍDEO

### V4

#### **Epífora crónica: displasia fibrosa**

Claudia Alessandra ZAMBRANO SANTOYO, José Manuel ORTIZ EGEEA, Antonio BELINCHÓN DE DIEGO, Alejandro SERNA GÓMEZ, *CHUA Albacete*

**Introducción:** caso clínico de epífora crónica en paciente femenina, que tras exploración e imagen radiológica se sospecha de displasia fibrosa. Tras intervención quirúrgica y análisis por anatomía patológica, se confirma el diagnóstico.

**Caso clínico:** Mujer de 66 años que acude a dacriología por lagrimeo y dolor ocular en ojo derecho de 5 meses. Como antecedentes refiere rinitis persistente. A la exploración, se describe carúncula de aspecto carnoso, palpación de un saco lagrimal leñoso, vía lagrimal permeable y conjuntiva inferior de aspecto infiltrado. Por los hallazgos, se pide tomografía orbitaria. Esta indica tumoración ósea que ocupa fosas nasales y celdillas etmoidales, protruye a órbita derecha y rompe la pared medial, contactando y deformando parcialmente el globo ocular. En probable relación con displasia fibrosa. La evaluación se realiza en conjunto con otorrinolaringología y reumatología, para valorar los posibles tratamientos, entre ellos los bifosfonatos. Tras ausencia de respuesta a los mismos, se decide realizar una intervención quirúrgica junto con otorrinolaringología.

**Resultados:** Se logra retirar múltiples trozos óseos, de los cuales 3 se envían a anatomía patológica. Los resultados confirman el diagnóstico de displasia fibrosa en todas las muestras enviadas. En revisiones posteriores la paciente refiere mejoría de síntomas oculares y respiratorios.

**Conclusiones:** La displasia fibrosa es una patología que puede afectar a cualquier hueso del cuerpo. En este caso produjo una alteración en la región orbitaria y nasal. Es importante el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para evitar complicaciones.

## COMUNICACIONES EN VÍDEO

### V5 **A propósito de un caso: primera cirugía de tumor orbitario extenso por un cirujano principiante**

Julián BERMÚDEZ PÍO-RENDÓN, Rubén ÁNGELES FIGUEROA, *Hospital Arruzafa*

El Linfoma orbitario es el tumor maligno más frecuente que afecta a la órbita como a sus anexos. Lo más característico histopatológicamente es que en su mayoría son Linfomas No Hodgkins (LNH) de células B, y dentro de ellos, son los linfomas extra-nodales de la zona marginal, concretamente los linfomas tipo MALT o asociados a las mucosas.

Se concluye que el linfoma de la zona marginal tipo tumor linfoide asociado a mucosas es el linfoma No Hodgkin, que predomina en la órbita en pacientes mayores de 60 años y con discreto predominio del sexo femenino. Es más frecuente la presentación clínica puramente orbitaria (primaria), y dentro de la cavidad se afectan más los tejidos propios de esta.

El diagnóstico de certeza es histopatológico previa toma de una muestra de material suficiente, y siempre que sea posible se realiza la biopsia excisional de la lesión como ha sido en nuestro paciente. Debe completarse con el estudio inmunohistoquímico y molecular para un adecuado estadiaje y tratamiento. El tratamiento dependerá del subtipo histopatológico y el estadio clínico de la enfermedad. Cuando se localiza a nivel orbitario sin extensión sistémica, y no se ha realizado una excisión completa, la radioterapia como tratamiento tiene resultados muy efectivos aunque se han visto recidivas en un porcentaje considerable.

La quimioterapia combinada o aislada, resulta ser una alternativa muy importante sobre todo cuando el paciente se encuentra en etapas más avanzadas o extensión del mismo a otros órganos. El tratamiento en nuestro caso fue una excisión completa del tumor confirmado con PET-TAC y sin signos de afectación sistémica con la paciente estable y buena situación funcional tras la cirugía a los 4 meses.

## COMUNICACIONES EN VÍDEO

### V6

#### **Tira tarsal trans-ósea: un truco para facilitar la sutura**

Beatriz VENTAS AYALA, Ana Rosa ALBANDEA JIMÉNEZ, Constanza BARRANCOS JULIÁN, Nieves ALONSO FORMENTO, *Hospital Universitario Ramón y Cajal*

La tira tarsal trans-ósea es una cirugía muy útil en pacientes con ectropion o entropion recidivados o parálisis faciales severas ya que aporta un soporte extra y mayor estabilidad a lo largo del tiempo que la tira tradicional. Una vez que ya hemos tallado la tira se abre el periostio del reborde orbitario lateral desperiostizando su cara interna y externa para poder llevar a cabo los túneles óseos con drill.

A continuación se realizan los túneles óseos, no demasiado profundos para que su trayecto no sea demasiado largo y la posición final de la tira sea adecuada. Aunque los agujeros resultantes son amplios y las agujas deberían caer sin problemas, dado el limitado espacio del que disponemos medialmente por lo estrecho de la órbita, el tamaño y la curvatura de las agujas nos podemos encontrar con dificultades para pasar el hilo por los mismos.

En nuestro caso empleamos una sutura de nylon 5/0 con aguja grande y curva y la angulación y el espacio entre la pared y la maleable nos dificulta mucho su paso. Para solventar este problema lo que proponemos es utilizar la aguja con un cabo largo de hilo pasando su porción más distal desde el agujero lateral en sentido contrario del habitual. Después tiramos un poco del principio del hilo hasta hacer un bucle a través del cual se introduce el extremo del cabo que ya hemos pasado por la tira y que queremos anudar. Una vez lo hemos incluido en el bucle tiramos de la aguja y su cabo, arrastrando el hilo que atraviesa el túnel óseo sin dificultad.

## COMUNICACIONES EN VÍDEO

### V7

#### **Corrección de ptosis por vía posterior, técnica quirúrgica**

Jacobo YÁÑEZ MERINO, Carmen ILA RAEZ, Victor MALLÉN GRACIA, Erika RUIZ DE GOPEGUI,  
*Hospital Universitario Servet*

Describiré en el siguiente video la corrección de una ptosis, con abordaje a través de vía posterior. Esta técnica quirúrgica esta idealmente indicada para corregir ptosis seniles, con la función del elevador del párpado conservada. Si hay dermatocalasia asociada se puede optar o por un abordaje anterior o combinar la técnica con una blefaroplastia.

Los pasos de la cirugía son los siguientes:

Anestesia subcutánea en párpado superior, eversión del párpado con sutura de tracción y retractores Desmarres. Se realiza una anestesia subconjuntival, y a continuación se realiza una incisión en el borde superior del tarso. Una vez tengamos la incisión completada, continuaremos realizando una disección de los tejidos posteriores a la fascia (conjuntiva y músculo de müller). Tras separar debidamente los tejidos encontraremos "la línea blanca" borde posterior de la aponeurosis. Con una aguja doblemente armada de vicryl de 6/0 suturaremos esta línea blanca, y la avanzaremos hasta el tarso, para a continuación anudar el vicryl.

Tanto en nuestro centro, como en la bibliografía encontrada, esta técnica ha demostrado buenos resultados estéticos y funcionales

En conclusión el abordaje posterior a la hora de corregir una ptosis palpebral con una buena función del elevador, es una opción quirúrgica que ha conseguido altas tasas de éxito con buenos resultados estéticos , con una curva de aprendizaje rápida, y que a diferencia del abordaje por vía anterior del avance de la aponeurosis no requiere de abrir el septo.

**Escala de evidencia científica:** Nivel IV.



## COMUNICACIONES EN VÍDEO

### V8 **Suspensión al músculo frontal con sutura ajustable en el manejo de la ptosis miogénica**

Elisa PÉREZ RAMOS, Diego LOSADA BAYO, Viviana LEZCANO CARDUZ, Francisco GONZÁLEZ GARCÍA, *Hospital Rey Juan Carlos*

**Introducción:** Las ptosis miogénicas, son debidas a una mala función, o desarrollo insuficiente, del músculo elevador. Su corrección, cuando la función del elevador es muy mala, se basa en una suspensión del párpado superior al músculo frontal, mediante diversos tipos de materiales, autógenos o aloplásticos, o mediante un colgajo del propio músculo frontal.

**Técnica quirúrgica:** Presentamos una técnica de suspensión al músculo frontal con fascia lata autógena mediante sutura ajustable: el abordaje se realiza a través de surco palpebral para continuar con una disección suborbicular hasta alcanzar el reborde orbitario superior, donde se cambia a plano subcutáneo, hasta llegar 2 cm por encima de la ceja. En nuestro caso utilizamos una tira única de fascia lata, por la pasamos por un extremo un punto en U, con prolene de 5/0 doble armada, que nos va a servir para realizar la sutura ajustable al final de la cirugía. Pasamos la tira de fascia por el plano de disección creado, a través de surco, para lo que usamos como guía, para cada extremo de la sutura, un abbocath, previamente doblado, sacando los dos extremos de las suturas a piel. Se sutura el extremo libre de la fascia a la placa tarsal, previamente expuesta, mediante dos suturas simples de vicryl de 5/0. Finalmente se realiza el ajuste de la altura y la forma del párpado mediante el anudamiento de los dos extremos del prolene, realizando una sola lazada, lo cual permite una corrección de la altura, si fuera necesario, en la consulta en el postoperatorio inmediato.

**Indicaciones:** Las indicaciones de esta técnica quirúrgica es cualquier ptosis con mala función del músculo elevador, que requiera la suspensión del párpado al músculo frontal, utilizando fascia lata. Esta técnica tiene la ventaja de que permite el ajuste de la altura en los días posteriores.

**Nivel de evidencia científica:** IV.

## COMUNICACIONES EN VÍDEO

**V9**

### **Reconstrucción completa de párpado inferior en paciente joven**

Constanza BARRANCOS JULIÁN, Nieves ALONSO FORMENTO, Ana Rosa ALBANDEA JIMÉNEZ, *Hospital Universitario Ramón y Cajal*

Presentamos la reconstrucción palpebral de un defecto completo de párpado inferior tras la resección de un carcinoma basocelular recidivado. Se combinó un colgajo de Mustardé para la lámina anterior y la combinación de un colgajo de Hughes y un injerto libre tarsoconjuntival. En el vídeo se repasan diferentes consejos para evitar la retracción palpebral postquirúrgica.