

XXXIII CONGRESO



SECOP

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CIRUGIA OCULOPLÁSTICA

12, 13 Y 14
DE JUNIO 2024

#OculoplásticaArteyCiencia



LIBRO DE RESÚMENES

Comunicaciones
en **Rapid Fire**

COMUNICACIONES RAPID FIRE

RF01: Utilidad de los injertos en oculoplástica: a propósito de 3 casos y revisión de la literatura

Centro de trabajo: Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

Autor: Marina Sánchez Burillo

Coautores: Juan Carlos Tomás Mira, Abenza Baeza Abenza Baeza,

Resumen:

Objetivos: Existe una gran variedad de injertos que pueden ser empleados en oculoplástica para la reconstrucción, tanto en cavidades anoftálmicas, como para alargar la longitud de los párpados, en su lámina anterior o posterior. Para ejemplificarlo, se presentan tres casos clínicos.

Casos clínicos: Se presenta un primer paciente con microftalmos congénito en el que se utilizó un injerto dermograso para reponer el volumen orbitario tras extracción de implante pequeño colocado en la infancia y un injerto de piel retroauricular para elongar la lámina anterior.

Otro caso de ptosis bulbi secundario a traumatismo perforante con una radial que presentaba simblefaron de fondo de saco superior, en el que se usó un injerto de mucosa labial junto con evisceración e implante orbitario de polietileno poroso.

El tercer paciente con traumatismo facial y orbito-palpebral en accidente de tráfico hacía años y reparación con múltiples placas de titanio en su país de origen, que presentaba adherencia del borde libre palpebral superior a fractura de reborde orbitario superior, con lagoftalmos severo, perforación corneal autosellada por iris y pseudopterigion. Se realizó liberación del párpado superior de la fractura e injerto amplio de piel parcial de la cara interna del brazo.

Discusión y conclusiones: La elección del injerto adecuado, ya sea de lámina anterior o posterior, requiere un profundo conocimiento no solo de la anatomía ocular y palpebral, sino también de los posibles lugares donantes disponibles. La comprensión de la vascularización, histología, elasticidad, color y textura de los tejidos donantes, permite predecir su comportamiento en el sitio receptor, lo que resulta fundamental para lograr resultados estéticos y funcionales óptimos en la reconstrucción palpebral.

La combinación de diferentes tipos de injertos siguiendo los principios básicos aumenta la posibilidad de éxito del procedimiento, permitiendo así un abordaje personalizado.

Nivel de evidencia IV

COMUNICACIONES RAPID FIRE

RF02: Evaluación de los Cambios en la Exoftalmometría Pre y Post-Cirugía de Estrabismo en Pacientes con Orbitopatía Tiroidea Sometidos a Descompresión Orbitaria

Centro de trabajo: Hospital Universitario Ramón y Cajal

Autor: Álvaro Escobar Rivas

Coautores: Joaquín Alonso Ciria, Barrancos Julián Barrancos Julián, Marco Sales Sanz

Resumen:

Introducción

Las secuelas fundamentales de la orbitopatía tiroidea son la presentación de exoftalmos, estrabismo y malposiciones palpebrales. Éstas deben corregirse en este orden, pues es conocido que tanto la descompresión orbitaria como la cirugía de estrabismo pueden modificar la posición palpebral. Sin embargo, es menos comprendido el efecto que tiene la cirugía de estrabismo en el grado de protrusión ocular en pacientes ya descomprimidos. La retroinserción de músculos extraoculares fibrosados puede facilitar un movimiento posteroanterior del globo ocular, disminuyéndose el efecto de reducción de la exoftalmometría de la DO. Este estudio investiga los cambios en la exoftalmometría pre y postcirugía de estrabismo en estos pacientes.

Método

Se incluyeron 30 ojos de pacientes con OT previamente sometidos a DO y posteriormente a cirugía de estrabismo entre 2019 y 2022. Se utilizó el exoftalmómetro de Hertel para medir la protrusión ocular antes y después de la cirugía. Se registraron los músculos operados en cada ojo durante la cirugía de estrabismo. Se compararon las mediciones pre y postoperatorias para evaluar los cambios en la protrusión y su relación con los músculos intervenidos.

Resultados

El Hertel medio de los ojos recogidos preDO era de 23,65, el postDO de 18,3 y el post cirugía de estrabismo de 19,7. La cirugía realizada fue una retroinserción muscular, a excepción de tres músculos en los que se realizó una miotomía de espesor parcial del RI. Los músculos intervenidos fueron en todos los casos rectos medios o inferiores: en un 35% retro de solo un RM, en un 10% retro de solo un RI, en un 40% retro de RM y RI y en un 15% retro de un RM y miotomía de un RI. En un 70% de los casos, el Hertel aumentó tras la cirugía de estrabismo. En un 10% disminuyó y en un 20% no se modificó.

Conclusión

Los resultados sugieren que la cirugía de estrabismo en pacientes con OT previamente descomprimidos puede influir en la protrusión ocular.

Estudio descriptivo-Nivel IV

COMUNICACIONES RAPID FIRE

RF03: 3 PACIENTES EUTIROIDEOS, 3 PACIENTES CON GRAVES

Centro de trabajo: Centro Oftalmología Barraquer

Autor: Cristina Arbó Bascuñana

Coautores: Cristina Arbó Bascuñana, Van der Veen Van der Veen,

Resumen:

Objetivo

Presentar una serie de tres casos de oftalmopatía tiroidea (OT) de manifestación atípica, con el fin de aumentar la conciencia sobre esta presentación clínica y reducir los retrasos en el diagnóstico.

Métodos

Presentamos tres casos clínicos de OT, que se manifestaron de forma atípica por presentar valores hormonales tiroideos dentro de los rangos normales en la analítica. Todos los casos experimentaron un retraso en el inicio del tratamiento adecuado debido a un diagnóstico erróneo previo. Se llevó a cabo una evaluación exhaustiva, incluyendo exploración física, TAC orbitario y análisis de función tiroidea y autoinmunidad. Todos los pacientes recibieron tratamiento con corticoides y uno de los casos requirió descompresión orbitaria por constatar un aumento de la presión intraocular y neuropatía óptica asociada, además de la presencia de un exoftalmos muy asimétrico y diplopía severa.

Resultados

La OT es la manifestación extratiroidea más frecuente de la enfermedad de Graves. A pesar de estar asociada mayormente al hipertiroidismo, se ha descrito también en pacientes con tiroiditis de Hashimoto o incluso en pacientes que permanecen eutiroideos, tanto en el momento de la oftalmopatía como antes o después de esta; una situación conocida como “enfermedad de Graves eutiroidea”.

Los tres pacientes descritos permanecieron eutiroideos, presentando signos de OT con leve o moderada actividad (CAS score entre 2-3 de 7), por lo que fueron tratados en base al diagnóstico clínico.

Conclusión

El diagnóstico y tratamiento de la OT en pacientes eutiroideos supone un gran reto ya que depende mayormente del examen clínico. Resulta de vital importancia el diagnóstico diferencial de estas entidades con otras como la tumoral ante las diferentes implicaciones pronósticas y terapéuticas que conllevan. Además, estos pacientes requieren seguimiento a largo plazo por el posible desarrollo de disfunción tiroidea.

COMUNICACIONES RAPID FIRE

RF04: Descripción de parámetros tomográficos en pacientes con orbitopatía de Graves activa

Centro de trabajo: Hospital General Universitario Reina Sofía

Autor: Maite Valentina Serrano Pérez

Coautores: Susana Gómez Rivera, Romero Caballero Romero Caballero, Chafik Zouine Lakbir

Resumen:

Objetivos. La orbitopatía tiroidea (OT) es un desorden autoinmune caracterizado por la expansión de los tejidos blandos de la órbita. En los casos graves puede llegar a producir ceguera por queratopatía de exposición o neuropatía óptica distiroidea (NO). Cuantificar los parámetros radiológicos obtenidos mediante imágenes de tomografía computarizada (TC) en una muestra de pacientes con OT moderada/severa y activa a fin de conocer el estado de afectación orbitaria y predecir su evolución a NO es el objetivo del estudio.

Material y métodos. Estudio descriptivo en una muestra de 42 TC de 21 pacientes con OT activa. Se evaluó el grado de exoftalmos, el grosor de los principales músculos extraoculares y parámetros predictores de NOD: índice muscular de Barret (IB) y escala de Nugent.

Resultados. El 62 % de órbitas mostraron exoftalmos radiológico, mientras que el exoftalmos clínico medido con exoftalmómetro de Hertel fue del 83% de órbitas estudiadas. El recto inferior fue el músculo engrosado con más frecuencia, pero solo el 57% presentó diplopía. El IB fue superior al 50% en el 69% de órbitas estudiadas, pero sólo en el 14 % de ellas fue superior al 67%. En la mayoría de TC analizadas no se observó apiñamiento del nervio óptico en el ápex valorado mediante la escala de Nugent o éste fue de grado I (leve) y en ninguna órbita el apiñamiento fue de grado III (severo), así como ningún paciente desarrolló clínica de DON.

Conclusiones. La medición clínica del exoftalmos está sobrestimada respecto a la radiológica, por lo que no serían métodos intercambiables. No encontramos ningún marcador radiológico absoluto de NOD, esto unido a la irradiación que la TC supone para el paciente, su realización no está justificada en todos los pacientes con OT moderada/severa y activa, aunque puede aportar información relevante para la toma de decisiones clínicas.

COMUNICACIONES RAPID FIRE

RF05: **Celulitis orbitaria secundaria a sinusitis contralateral**

Centro de trabajo: Hospital Rey Juan Carlos

Autor: Viviana Patricia Lezcano Carduz

Coautores: Diego Losada Bayo, Pérez Ramos Pérez Ramos, Francisco Javier González García

Resumen:

Objetivo: Presentación de un caso atípico.

Caso Clínico: Varón de 11 años, con antecedente de infección de vías aéreas superiores y cuadro de 12 días de evolución de empeoramiento de rinorrea purulenta, fiebre, cefalea, dolor ocular, edema, eritema, ptosis, proptosis y oftalmoplejía. Empeoramiento de las pruebas de imagen de: celulitis orbitaria DERECHA con sinusitis IZQUIERDA; a: absceso epicraneal frontal, periorbitario e intraconal DERECHOS con sinusitis IZQUIERDA y engrosamiento del seno frontal DERECHO. Tratado con antibióticos y corticoides endovenosos. Tres drenajes quirúrgicos orbitarios (1 combinado con CENS). Resolución completa del cuadro.

Discusión: El 4-20% de las sinusitis agudas se pueden complicar, el 60-75% de estas son orbitarias y son más comunes en niños(1,2). El origen más frecuente son las celdillas etmoidales. La extensión hacia la órbita puede ocurrir: por extensión directa (dehiscencias óseas congénitas o por erosión de las paredes óseas) o por tromboflebitis retrógrada, a través de la extensa red venosa (sin mecanismos valvulares) que comunica la región facial, la nariz y los senos paranasales con la órbita (2).

En este caso, la celulitis orbitaria (DERECHA) no se corresponde con la lateralidad de los senos afectados (IZQUIERDOS). El trayecto propuesto para la propagación es una infección ascendente izquierda hasta el seno frontal izquierdo, pasa al seno frontal derecho, donde se observa un foco de permeación cortical con formación del absceso epicraneal frontal derecho (T. Pott) que permeabiliza hasta la órbita a través del agujero supraorbitario formando un absceso orbitario supero-medial e intraconal. El diagnóstico y el tratamiento de este tipo de complicaciones requiere un abordaje precoz y multidisciplinar.

Conclusión: Una celulitis orbitaria puede estar originada en los senos paranasales contralaterales y esto no debe retrasar el tratamiento combinado de drenaje orbitario y de senos paranasales.

Nivel de evidencia científica IV

COMUNICACIONES RAPID FIRE

RF06: EFICACIA DE TOCILIZUMAB (TCZ) EN PACIENTES CON ORBITOPATÍA DE GRAVES (OG) RESISTENTE A CORTICOSTEROIDES.

Centro de trabajo: Hospital Universitario Rey Juan Carlos

Autor: Alicia Santana Jiménez

Coautores: Elisa Pérez Ramos, González García González García, Viviana Lezcano Carduz

Resumen:

OBJETIVO:

Evaluar el resultado terapéutico de TCZ, un inhibidor de la IL-6 dirigido contra el IL-6R, en pacientes con orbitopatía tiroidea refractaria o intolerantes a corticoides intravenosos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo unicéntrico en cuatro pacientes con OG activa, definida por una puntuación de actividad clínica (CAS) ≥ 4 , resistentes o intolerantes a esteroides intravenosos, tratados con TCZ. El TCZ se administró en infusiones intravenosas a una dosis de 8 mg/kg cada 28 días durante 4 meses. A los pacientes se les administró al menos 4 ciclos y fueron seguidos durante un mínimo de seis semanas. Se registró agudeza visual (AV) (Snellen), evaluación de CAS, TSI, exoftalmometría (Herthel), motilidad ocular y efectos secundarios.

El 75% de los pacientes tuvieron una mejoría de la AV en al menos una línea Snellen. Todos los pacientes tuvieron una mejoría significativa del CAS de al menos dos puntos a los 4 meses. Los niveles de TSI fueron significativamente más bajos al final del tratamiento en el 75% de los pacientes, de 11,31 UI/L al inicio del estudio a 1,62 UI/L. En el 75% de los pacientes se redujo la proptosis una media de $-1,25$ mm. Un 25% obtuvo una mejoría en la motilidad extraocular, pero sin resolución de la diplopía. Al final del seguimiento no se observaron efectos secundarios ni recaídas de la OG.

DISCUSIÓN:

La inflamación mejoró a partir del segundo mes en el 50% de los pacientes, mientras que los TSI alcanzaron niveles normales en el 100% de los pacientes al cuarto mes. Park et al. demostraron que la medición de los TSI es un método excelente para evaluar la respuesta al tratamiento.

CONCLUSIONES:

La terapia con TCZ durante al menos cuatro ciclos es una alternativa eficaz y segura en el tratamiento de la OG activa, resistente o intolerante a corticoides. Es eficiente independientemente del nivel inicial de TSI y de los niveles séricos basales de IL-6.

*Nivel de evidencia científica: IV.

COMUNICACIONES RAPID FIRE

RF07: Tira tarsal transósea para la corrección del entropión en una paciente con síndrome de Parry-Romberg

Centro de trabajo: Hospital Clínic de Barcelona

Autor: Silvia Feu Basilio

Coautores: Javier Nogués Castell, Dotti Boada Dotti Boada, Óscar Felguera García

Resumen:

El síndrome de Parry-Romberg (SPR) es una enfermedad rara que causa atrofia hemifacial progresiva. La afectación ocular se produce hasta en un 35% de los casos, siendo el enoftalmos uno de los hallazgos más habituales. Hasta la fecha, no se ha documentado el entropión como una manifestación oftalmológica del SPR.

Presentamos una mujer de 42 años con SPR hemifacial izquierdo con afectación frontal, ocular, preauricular, maxilar y mandibular. Consultó en Oftalmología por enoftalmos izquierdo y entropión del párpado inferior izquierdo. La tomografía computarizada mostró un gran déficit de volumen en el tercio posterior de la órbita izquierda con un ápex reducido. Por el riesgo de provocar un síndrome del ápex orbitario, se descartó el tratamiento del enoftalmos con implante posterior o cualquier tipo de material de relleno. Se decidió enfocar el tratamiento en la corrección del entropión sintomático. Debido a la marcada reducción del volumen orbitario, una tira tarsal lateral clásica habría creado un orificio entre el globo ocular y la conjuntiva en el canto lateral. En consecuencia, se realizó una tira tarsal lateral de fijación profunda a través de orificios en el reborde orbitario. La paciente se recuperó favorablemente manteniendo hasta la fecha una buena posición palpebral y permaneciendo sin molestias oculares.

Presentamos un caso único de entropión y enoftalmos en una paciente con SPR, junto con el abordaje quirúrgico singular realizado debido a las alteraciones anatómicas asociadas con la condición subyacente. El manejo de las manifestaciones oftalmológicas del SPR es delicado debido a los cambios estructurales de esta enfermedad y requiere un enfoque individualizado en cada paciente así como un abordaje multidisciplinar.

COMUNICACIONES RAPID FIRE

RF08: Melanoma orbitario primario: un diagnóstico temible detrás de un signo inofensivo.

Centro de trabajo: HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Autor: GUILLERMO PÉREZ RIVASÉS

Coautores: MIGUEL CASTILLO FERNANDEZ, MARTINEZ RINCON MARTINEZ RINCON,
JESUS CASTILLO LAGUARTA

Resumen:

OBJETIVOS

El melanoma orbitario primario (POM) es una entidad poco frecuente que representa un desafío diagnóstico debido a su presentación clínica inespecífica. Presentamos el caso de un paciente de 69 años que ilustra la complejidad en el diagnóstico y manejo de esta patología.

CASO CLINICO

Paciente de 69 años, sin antecedentes, que acude al urgencias de oftalmología por equimosis espontánea del párpado inferior derecho (PID) mientras veía la televisión. Tras la no mejoría, acude a los 5 días, presentando mayor inflamación, duro a la palpación y con ligera proptosis. Además de limitación en la supraversion y dextroversion, con diplopía asociada en esas posiciones. Polo anterior con quemosis inferior y fondo de ojo sin hallazgos clínicamente significativos. TAC: imagen nodular de 17x12mm retroocular entre rectos inferior y medio. RM: lesión hipointensa en T2 e hiperintensa en T1, con realce de contraste. Intraoperatorio presenta lesiones no bien delimitadas de aspecto filiforme y negruzco, que se toman para biopsiar. Se confirma la presencia de células neoplásicas melanocíticas y melanófagos, que junto al estudio de extensión con PET TAC, con afectación del ganglio linfático izquierdo y tras descartar otras lesiones adyacentes, se confirma el diagnóstico de melanoma orbitario primario metastásico.

DISCUSION

El melanoma orbitario primario es raro y mortal, puede presentarse de manera inofensiva por lo que requiere de alta sospecha diagnóstica y actuación temprana. La elección entre exenteración orbitaria y excisión no afecta la supervivencia. La evaluación individualizada es crucial considerando la extensión y las comorbilidades del paciente.

CONCLUSION

Se destaca la importancia de considerar el melanoma orbitario primario en el diagnóstico diferencial de las lesiones orbitarias, especialmente en pacientes con presentaciones agudas y atípicas como esta. El enfoque multidisciplinario con oftalmólogos, oncólogos y radioterapeutas es fundamental.

COMUNICACIONES RAPID FIRE

RF09: Obtención y manejo de injerto de cartílago auricular como espaciador en la corrección del ectropión paralítico severo. Curva de aprendizaje asequible y postoperatorio menos molesto para el paciente con respecto a la extracción de otros tipos de injertos.

Centro de trabajo: Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Autor: Macarena Pascual González

Coautores: Ismael Nieva Pascual, Cifuentes Canorea Cifuentes Canorea,

Resumen:

OBJETIVOS: Evaluar tanto la dificultad de la técnica de extracción del injerto de cartílago auricular como el postoperatorio de los pacientes sometidos a dicho procedimiento con respecto a otros tipos espaciadores.

CASO CLÍNICO

Caso 1: Paciente con parálisis facial derecha severa tras parotidectomía por tumor de Warthin. En la exploración presenta lagofthalmos de 1 cm, Bell conservado y úlcera corneal por exposición. Se decide tratamiento quirúrgico asociando técnicas de colocación de pesa palpebral de 1.6g + tira tarsal lateral + espaciador de cartílago auricular ipsilateral mediante abordaje posterior de la oreja + colocación de membrana amniótica.

Caso 2: Paciente con parálisis facial derecha severa tras cirugía de Schwannoma vestibular+ pesa de 1.4g + cantopexia. Presenta lagofthalmos de 8mm, Bell abolido y queratitis gruesa por exposición. Se decide corregir mediante recambio de pesa palpebral por una de 1.6g + tira tarsal lateral + espaciador de cartílago auricular ipsilateral obtenido por abordaje anterior de la oreja.

Es importante diluir la anestesia (1ml lidocaína con adrenalina al 1%+ 9ml de licocaína sin) a la hora de infiltrar el área de la oreja para evitar la necrosis de los tejidos.

DISCUSIÓN: Existen múltiples materiales autólogos o exógenos que podemos utilizar como espaciadores en el tratamiento del lagofthalmos (paladar duro, esclera, fascia lata o polietileno).

Se trata de un injerto con resultados similares al de otros espaciadores con la ventaja de un postoperatorio menos incómodo para el paciente (a diferencia del injerto de paladar duro), sobre todo si se extrae del mismo lado del ojo operado.

La cicatriz asociada al abordaje pre o retroauricular rara vez entraña deformidades cosméticas.

CONCLUSIONES: La utilización del injerto de cartílago auricular autólogo como espaciador asociado a tira tarsal lateral puede ser una técnica segura en el tratamiento del ectropión paralítico y posee una curva de aprendizaje asequible para el cirujano

COMUNICACIONES RAPID FIRE

RF10: Control de dolor intraoperatorio mediante bloqueo del nervio infraorbitario

Centro de trabajo: Hospital Morales Meseguer

Autor: María de los Reyes Retamero Sánchez

Coautores: Francisca Sonia Díaz Calvo, Navarro Abellán Navarro Abellán, Carmen Miquel López

Resumen:

Objetivo: Estudio sistemático del bloqueo del nervio infraorbitario para después evaluar la diferencia de dolor percibido por el paciente cuando no infiltramos con anestesia el nervio infraorbitario vs. Cuando lo infiltramos en una cirugía de párpados.

Material y métodos: Revisión sistemática PubMed “infraorbital nerve block” 234 resultados de los cuales seleccionamos los que estaban en relación con la cirugía de párpados.

Discusión: Los bloqueos del nervio infraorbitario son bien conocidos en su aplicación ORL y maxilofacial, donde su uso es rutinario. En esta revisión valoramos el beneficio de este bloqueo en cirugías oftalmológicas, con finalidades médicas o estéticas, en las que podemos aprovechar este tipo de anestesia en nuestro favor. En los estudios destaca, en comparación con la anestesia local subcutánea, la menor necesidad de anestesia local, menos pinchazos, menos diseminación de células, menos distorsión de tejidos, adecuado control del dolor.

Conclusiones: Podemos apoyarnos en el bloqueo del nervio infraorbitario como anestesia local en cirugía de párpados, consiguiendo menor necesidad de anestesia local subcutánea y manteniendo el control del dolor.

Nivel de evidencia: revisión sistemática

COMUNICACIONES RAPID FIRE

RF11: Blefarospasmo esencial benigno, ¿resistente al tratamiento con neurotoxina botulínica A?

Centro de trabajo: Hospital Morales Meseguer

Autor: María de los Reyes Retamero Sánchez

Coautores: Francisca Sonia Díaz Calvo, Yane Gauffin Yane Gauffin, Maria Victoria Navarro Abellán

Resumen:

OBJETIVOS: Hacer una distinción entre técnicas de aplicación de toxina botulínica para el tratamiento de las distonías focales, y cómo esto afecta en los resultados obtenidos.

CASO CLÍNICO: Presentamos el caso de una paciente de 50 años con diagnóstico de blefarospasmo esencial, remitida por primera vez desde el servicio de neurología por fracaso en el tratamiento repetido con toxina botulínica A, para la realización de cirugía reparadora. Tras revisión del protocolo de aplicación de toxina botulínica en consulta de neurología, se averigua que se trata de técnica orbitaria, modificándose y escogiendo una técnica pretarsal por las características de afectación orbicular, con resolución del caso y satisfacción de la paciente.

DISCUSIÓN: El diagnóstico y el tratamiento del blefarospasmo esencial puede ser abordado -dependiendo del hospital- por diferentes especialistas. En muchos centros es llevado a cabo exclusivamente por el neurólogo. La prudencia a la hora de tener complicaciones puede llevar al uso de técnicas que resulten parcialmente efectivas según el tipo de paciente.

CONCLUSIONES: Las técnicas de inyección para el tratamiento del blefarospasmo esencial, son la orbitaria- más segura pero menos efectiva- y la tarsal -con mayores riesgo pero más resolutive. Antes de determinar que un caso es resistente a tratamiento con toxina, es conveniente utilizar diferentes técnicas de aplicación, así como variar el tipo de neurotoxina, previo a la realización de técnicas más agresivas.

Nivel de evidencia: Revisión bibliográfica

COMUNICACIONES RAPID FIRE

RF12: Herniación de Grasa Periorbitaria Tras Inyecciones Repetidas de Triamcinolona Transeptal

Centro de trabajo: Complejo Hospitalario y Universitario de Albacete

Autor: Blanca Bajén Espuña

Coautores: María Antonia Fagúndez Vargas, Carrilero Ferrer Carrilero Ferrer, Alejandro Serna Gómez

Resumen:

Objetivos: Revisar una serie de casos de herniación de grasa orbitaria a través del párpado inferior que se produjo tras inyecciones repetidas transeptales de corticosteroides.

Diseño: serie de casos.

Material y métodos: Se informa de cinco pacientes con diversas afecciones en tratamiento con inyecciones de triamcinolona transeptales, repetidas y unilaterales. Todos los pacientes presentaron en el lado afecto una herniación de la grasa orbitaria en el párpado inferior unilateral durante el curso del tratamiento.

Discusión: tras una revisión exhaustiva y crítica de la literatura existente, se postula que existen varios componentes asociados al prolapso del tejido adiposo del párpado inferior en pacientes tratados con múltiples inyecciones de corticosteroides. El primero y más importante, a nuestro criterio, es el debilitamiento del septo orbitario. Se ha demostrado que los traumatismos repetidos debilitan las fibras, lo que permite que la grasa protruya, dando lugar a esta asimetría facial. Otro factor a tener en cuenta es la lipomatosis orbitaria asociada al tratamiento local de esteroides, que podría aumentar el volumen y por tanto la presión en el espacio orbitario inferior, favoreciendo este proceso de herniación.

Conclusiones: este mecanismo de herniación de grasa infraorbitaria en pacientes que reciben múltiples inyecciones debe tenerse en cuenta al elegir la vía periocular preferida para administrar corticosteroides. La asimetría facial resultante es muy llamativa en algunos casos y el paciente puede estar descontento con los resultados. Recomendamos comunicar a los pacientes la existencia de este riesgo, para que puedan realizar una decisión informada antes de la inyección de triamcinolona transeptal.

COMUNICACIONES RAPID FIRE

RF13: EVALUACIÓN DEL USO DE FIBROBLASTOS AUTÓLOGOS PARA REDUCCIÓN DE CICATRICES FACIALES PERIOCULARES

Centro de trabajo: CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE, CIUDAD DE MÉXICO

Autor: JAVIER MORENO-ALEMÁN SÁNCHEZ

Coautores: SARA PLAZOLA HERNANDEZ, CRUZ ARAGÓN CRUZ ARAGÓN, FRANCISCO FERNANDO SAMANIEGO NOVELO

Resumen:

En la búsqueda de terapias que permitan la corrección o mejora del tejido cicatricial, se ha identificado una respuesta prometedora del uso de terapia celular autóloga, entre la que destaca el uso de fibroblastos de la piel, actuando como fuente de liberación de factores de crecimiento y citocinas que estimulan a las células residentes.

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo para el cual se incluyeron 9 pacientes de ambos sexos con cicatrices faciales, adquiridas, asociadas a trauma, cirugía o condición dermatológica, que no padecieran enfermedades oculares y/o sistémicas asociadas a párpados, órbita y/o vías lagrimales, tratadas o activas.

Se realizó el cultivo celular de fibroblastos, obteniendo 1 millón de células para aplicación por cada paciente. Se dividió a la población de estudio en un grupo muestra y en un grupo control. Al grupo muestra se le aplicó una sola dosis de 1 millón de fibroblastos, distribuida en la zona cicatricial a tratar, para cada uno de los pacientes. Al grupo control se le aplicó placebo.

Se llevó a cabo el seguimiento de los pacientes posterior a la aplicación de fibroblastos. Se aplicaron escalas de mejoría clínica objetiva y subjetiva.

Se dejó registro fotográfico de cada paciente antes y después del procedimiento.

Se estableció una comparativa en escala de mejoría clínica objetiva y subjetiva entre el grupo control y placebo, encontrando una mejoría en ambas escalas en el total de los pacientes tratados con fibroblastos, a diferencia del grupo tratado con placebo, quienes no experimentaron mejoría alguna.

CONCLUSIÓN: El uso de fibroblastos autólogos para el tratamiento de cicatrices faciales representa una modalidad terapéutica segura y efectiva para la reducción de cicatrices faciales, con mejoría tanto objetiva como subjetiva, con una repercusión positiva en el aspecto estético y funcional de los pacientes.

COMUNICACIONES RAPID FIRE

RF14: ABORDAJE QUIRURGICO: MATERIALES Y TÉCNICAS DE SUTURA EN CEJAPLASTIA DIRECTA

Centro de trabajo: Hospital Clinico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA)

Autor: Daniel Guillermo Torrecillas Meroño

Coautores: Marina Sánchez Burillo, Palazón de la Torre Palazón de la Torre, Maria Dolores Miranda Rollón

Resumen:

***INTRODUCCIÓN:**

Con el tiempo, los tejidos del área periorbitaria tienden a perder sus propiedades tensivas y en definitiva a la caída. La ptosis de ceja forma parte de ese proceso en el que nos podemos encontrar una posición baja de la ceja, anormalidades en su contorno o descenso marcado en su porción temporal entre otros.

***CASO CLÍNICO:**

Dentro de las técnicas quirúrgicas para su reparación disponemos de abordajes directos, endoscópicos y elevaciones a través de diferentes incisiones en la región frontal. Presentamos una serie de casos de cejaplastia directa con grabaciones de la cirugía en quirófano, así como los resultados en el postoperatorio reciente y al alta. Finalmente una tabla comparativa con las ventajas e inconvenientes de cada una de las opciones.

***DISCUSIÓN:**

La cejaplastia directa constituye la vía de abordaje más comúnmente utilizada; principalmente por conseguir un buen resultado estético sin recurrir a abordajes más costosos o invasivos como en otras técnicas. Sin embargo, dentro de la propia técnica existen múltiples métodos para llevarla a cabo.

***CONCLUSIONES:**

La utilización de distintos materiales de sutura así como técnicas de sutura o anudado, determinan en gran medida el reparto de las fuerzas tensionales y tracciones cicatriciales tan relacionadas con los resultados estéticos de esta cirugía.

COMUNICACIONES RAPID FIRE

RF15: Abordaje del carcinoma escamoso periocular: Cuando la cirugía no es la única opción

Centro de trabajo: Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

Autor: Dra. Silvia López Montalbán

Coautores: Dr. Fernando Alarcón Soldevilla, Miranda Rollón Miranda Rollón, Dra. Salomé Abenza Baeza

Resumen:

Objetivo: Este estudio pretende revisar los diferentes tipos de terapia intralesional y sistémica de los que disponemos en neoadyuvancia en el tratamiento del Carcinoma Escamoso Cutáneo (CEC) a raíz de un caso clínico en nuestra práctica clínica real.

Materiales y métodos: Presentamos la evolución de una paciente tratada con dos infiltraciones de metotrexato (MTX) intralesional (25 mg/ml) en neoadyuvancia separadas 2 semanas, la reducción del tamaño tumoral inicial y su evolución y resultado quirúrgico posterior.

Resultados: Se consiguió una disminución del tamaño tumoral >50% tras las 2 infiltraciones.

Discusión: Las publicaciones sobre el uso de terapia intralesional en el CEC de localización periocular es anecdótica. El MTX intralesional es más eficaz en queratoacantoma que en CEC, al igual que el resto de fármacos disponibles para terapia intralesional como el 5-fluorouracilo, la bleomicina o el interferón. En cuanto al tratamiento sistémico, existen datos sobre el cetuximab en neoadyuvancia combinada o no con platinos. Además, a pesar del mayor uso en la práctica clínica del Pembrolizumab, el Cemiplimab es el primer y único inhibidor de PD-1 aprobado para el tratamiento del CEC localmente avanzado o metastásico en aquellos no candidatos a cirugía o RT, aunque existen algunos ensayos con Cemiplimab en neoadyuvancia, con buena respuesta en comparación con las moléculas previas.

Conclusiones: No hemos encontrado en la literatura artículos previos que expongan el uso de MTX intralesional en CEC de localización periocular por lo que supondría la primera comunicación de un caso, salvo un caso previo de uso en queratoacantoma palpebral. A pesar de que no existen protocolos de dosis y de administración, proponemos este protocolo terapéutico. La neoadyuvancia puede estar indicada en casos en el límite de reseabilidad planteándonos: ¿Qué es mejor? ¿Neoadyuvancia o intentar la remisión completa sin cirugía?

COMUNICACIONES RAPID FIRE

RF16: INYECCIÓN DE TRIAMCINOLONA PARA EL MANEJO DE LA RETRACCIÓN PALPEBRAL SUPERIOR EN LA ORBITOPATÍA TIROIDEA

Centro de trabajo: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Autor: José Luis Gutiérrez Real

Coautores: Bárbara Berasategui Fernández

Resumen:

Objetivo: describir y analizar los resultados de 9 pacientes con orbitopatía tiroidea que presentaban retracción palpebral superior y que fue tratada con inyecciones transcutáneas de 0.6 cm³ de acetónido de triamcinolona en el complejo del músculo elevador del párpado superior - músculo de Müller.

Material y métodos: estudio retrospectivo de 9 casos clínicos. Se analizaron el CAS, la apertura palpebral, la distancia margen-reflejo, el show escleral, la exoftalmometría y la PIO antes y después de la inyección. El tratamiento se consideró exitoso cuando se corrigió la retracción palpebral y se consiguió un resultado simétrico.

Resultados: se observó una disminución media de 1.3 mm por inyección en la apertura palpebral, la distancia margen-reflejo y el show escleral. No se objetivaron cambios en la exoftalmometría. No hubo elevación de la PIO u otros efectos secundarios. 2 de los pacientes no fueron exitosos: uno presentó un flare lateral residual de 1 mm y otro, está pendiente de cirugía.

Conclusiones: la inyección de acetónido de triamcinolona en el tratamiento de la retracción palpebral superior en pacientes con orbitopatía tiroidea constituye una alternativa terapéutica a la toxina botulínica y al ácido hialurónico, con resultados permanentes a diferencia de estos; así como una opción en pacientes que no puedan o no deseen someterse a una descompresión orbitaria o a una cirugía palpebral.

COMUNICACIONES RAPID FIRE

RF17: Manejo de la estenosis de puntos lagrimales en España

Centro de trabajo: Hospital Virgen de las Nieves / Instituto de Oftalmología Vithas Andalucía

Autor: Santiago Ortiz Perez

Coautores: Enrique Rodríguez Hidalgo, Navarro Torres Navarro Torres, Chakir El Mahraoui

Resumen:

Objetivos: analizar el manejo de la estenosis de puntos lagrimales en España. Establecer en base a la evidencia científica publicada cual es el mejor tratamiento en estos casos.

Métodos: encuesta enviada a los oftalmólogos españoles a través de la Sociedad Española de Oftalmología.

Resultados: se obtuvieron 171 respuestas. El 67% reportaron realizar puntoplastia para tratar la estenosis de punto lagrimal, mientras que un 15% realizan dilatación de puntos, y otro 15% usan tapones perforados. La puntoplastia de 3 cortes fue la más usada. El 50% no realizan ningún tratamiento preoperatorio, un 33% solo si existe un cuadro inflamatorio previo, y un 12% sí lo aplica en todos los casos. Los corticoides tópicos son los fármacos más usados en estos casos. Respecto al tratamiento postoperatorio, la mayoría (83%) lo realizan, y el 83% de estos usan corticoides. Otras modalidades minoritarias son los AINES tópicos, o la mitomicina C. En relación a los resultados tras tratamiento, existe una gran heterogeneidad en los mismos, situándose la mayoría de los casos en un 70 - 90% de éxito, objetivado o percibido.

Discusión: la estenosis de puntos lagrimales es una causa frecuente de epífora e infecciones de superficie ocular. No existe evidencia científica clara en relación a cual es el mejor tratamiento, la cirugía de puntoplastia de 3 cortes parece la opción más extendida en la literatura científica. Otras opciones, como la inserción de tapones lagrimales perforados, pueden resultar útiles. No existe evidencia científica en relación a la necesidad de realizar un tratamiento pre y postoperatorio en todos los casos.

Los datos que ofrece nuestro trabajo indican que los oftalmólogos españoles hacen un manejo de la estenosis de puntos lagrimales similar al publicado en otros países, si bien hay limitaciones claras debido al diseño de este trabajo. Serían necesarios más estudios debidamente diseñados para concluir cual es el mejor tratamiento en cada caso. Nivel de evidencia 3.

