XXXIII CONGRESO

SECOP | SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGIA OCULOPLÁSTICA

12, 13 Y 14 DE JUNIO 2024

#OculoplásticaArteyCiencia

LIBRO DE RESÚMENES

Comunicaciones en **Vídeo**

SECOP | SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA OCULOPLÁSTICA

COMUNICACIONES VIDEO

CV01: **INJERTO DE PERICRÁNEO PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE CAVIDAD ANOFTÁLMICA**

Autor: Alicia Gómez Saiz

Coautores: Denisse Michelle Espinosa Encalada, Alejandra Gayoso Martínez, Pilar Escribano Argandoña

Centro de Trabajo: Hospital Virgen de la Luz

Resumen:

Introducción: El injerto de pericráneo autólogo se presenta como una alternativa innovadora para la reconstrucción de cavidades anoftálmicas, especialmente en casos de difícil de volumen y conjuntiva insuficiente para cubrir el nuevo implante.

Técnica quirúrgica: Se presenta el caso de un varón de 62 años con extrusión de implante protésico ocular de ojo izquierdo en el que se realiza recambio de implante y cierre de la cavidad reforzado con injerto de pericráneo autólogo.

En primer lugar, bajo anestesia general, se realiza disección roma de adherencias para retirada del antiguo implante medpor y limpieza de la cavidad. Para la obtención del injerto se realiza incisión con bisturí (HB-15) en cuero cabelludo de zona parietoocipital (3cm), apertura con ganchos y disección por planos con desperiostizador (cuero cabelludo, fascia superficial, grasa aponeurótica) hasta alcanzar pericráneo y obtener injerto de 2-3 cm, con posterior cierre del defecto. Una vez disponemos del injerto, se coloca nuevo implante protésico de silicona de 18 mm, se realiza cierre por planos, se refuerza la cavidad mediante la sutura del injerto (Vycril 6/0) y se coloca conformador.

Conclusiones: La obtención del injerto de pericráneo es una técnica sencilla y con muy baja comorbilidad, que ocasiona pocas molestias al paciente y con la que se han obtenido buenos resultados como tratamiento en la oculoplastia reconstructiva, postulándose una alternativa innovadora y eficaz en la reconstrucción de cavidades anoftálmicas.

COMUNICACIONES VIDEO

CV02: **Curetaje en canaliculitis**

Autor: Rodolfo Ramón Aburto Noguera

Coautores: Antonio Policarpo Batres Iglesias, Noelia Rubio Alvarez, Daniela Rojas-Correa

Centro de Trabajo: Hospital Universitario del Tajo

Resumen:

Mujer de 70 años con dolor en tercio interno de párpado inferior izquierdo tratada en otro centro como orzuelo y es remitida por falta de mejoría. Se evalúa y se observa salida de secreciones por punto lagrimal inferior y dolor a la palpación. Se inicia antibiótico tópico sin mejoría y se programa curetaje del canalículo inferior con conservación del punto lagrimal y salida de abundantes cálculos. Luego del procedimiento se revisa en superior y se observa salida de cálculos también por lo que se hace curetaje y colocación de monoka recortada en ambos canalículos. Se hace lavado directo con Vigamox y se deja pauta en casa. Cultivo de Streptococcus anginosus multisensible (incluso a tetraciclina). Mejoría clara de la paciente y se retira sonda a las 6 semanas con buena evolución.

SECOP | SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA OCULOPLÁSTICA

COMUNICACIONES VIDEO

CV03: **Tubo de Jones: visión simultánea del oftalmólogo y el otorrino**

Autor: Constanza Barrancos Julián

Coautores: Ana Rosa Albandea Jimenez, Nieves Alonso Formento, Gonzalo De los Santos

Centro de Trabajo: Hospital Ramón y Cajal, Madrid

Resumen:

El tubo de Jones está indicado para tratar las obstrucciones proximales de la vía lagrimal. Presentamos un vídeo de colocación de un tubo de Jones Stop-Loss, editado para visualizar de forma simultánea la visión externa del oftalmólogo y la endonsal con el endoscopio del otorrinolaringólogo.

COMUNICACIONES VIDEO

CV04: **Evisceración paso a paso: nuestra variante de la técnica de 4 pétalos**

Autor: Albert Arnaiz Camacho

Coautores: Tirso Alonso Alonso, Sara García-Hidalgo, Armand Pairó Salvador

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Vall d'Hebron

Resumen:

Evisceración en 4 pétalos modificada: descripción de una nueva técnica.

La extrusión del implante orbitario es una complicación tardía muy temida en la cirugía de evisceración, y su principal causa está realcionada con una tensión excesiva en la zona de cierre de los tejidos.

El uso de esclerotomías posteriores para solventar este potencial problema es una práctica habitual por la mayoría de orbitólogos. La creación de 2 flaps o pétalos esclerales fue una de las primeras técnicas descritas y más tarde se describió la esclerotomía en 4 pétalos. Aunque son los dos procedimientos más practicados en la actualidad, ninguno de ellos se ha consolidado como el Gold Standard y sigue en pie el debate sobre qué técnica obtiene mejores resultados.

Nuestra nueva técnica propone la creación de 2 flaps esclerales mediante esclerotomías posteriores seguida de una segunda división escleral en 2 falsos pétalos sin prolongación posterior.

Durante los últimos 10 años hemos practicado esta técnica en un centanar de ojos obteniendo resultados anatómicos muy positivos y reportando una nula tasa de exposición del implante a largo plazo.

La evisceración en 4 pétalos modificada combina todos aquellos potenciales beneficios de ambas técnicas y aporta la estabilidad y recubrimiento necesarios para prácticamente eliminar el riesgo de exposición o extrusión del implante. Su sencillez y sentido anatómico nos ha permitido su realización en múltiples escenarios y diferentes medidas hasta el punto de haberse consolidado como la técnica de elección por los cirujanos de nuestro centro.

Escala de evidencia IV, grado de recomendación

COMUNICACIONES VIDEO

CV05: **HIPERLAXITUD DEL PÁRPADO SUPERIOR: CORRECCIÓN CON TRES PROCEDIMIENTOS**

Autor: SOFÍA SÁNCHEZ DE LARA SÁNCHEZ

Coautores: AMPARO LANUZA GARCÍA, ARANZAZU CARO ORTEGA, TONI DUCH SAMPER

Centro de Trabajo: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERISTARIO DE VALENCIA

Resumen:

El tratamiento del síndrome del párpado laxo (SPL) o Floppy eye syndrome requiere varias técnicas quirúrgicas que realizamos un paciente varón de 49 años atendido en nuestro servicio.

En este síndrome existe una laxitud palpebral que determina una eversión palpebral espontánea durante el sueño asociándose a conjuntivitis papilar crónica, trastornos corneales y a enfermedades sistémicas como el síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño, siendo más frecuente en varones obesos de mediana edad. Se debe alentar al paciente a no frotarse los párpados ya que esto puede exacerbar la laxitud, y puede inicialmente proponerse un tratamiento médico consistente en lubricación y modulación de la infamación de la superficie ocular.

Sin embargo, en muchos casos se precisa una solución quirúrgica. Dado que el SPL asocia también malposiciones de los párpados (ptosis, entropión/ectropión), en la cirugía se debe considerar la correción simultánea de ambos trastornos con diversas técnicas quirúrgicas. En este video exponemos nuestra cirugía reconstructiva que consistió en 1º) acortar el párpado superior mediante resección pentagonal para corregir la hiperlaxitud, 2º) tensar el orbicular para rectificar la ptosis de las pestañas de nuestro paciente, 3º) realizar una cantopexia externa para corregir el leve ectropion que presentaba en párpado inferior, y 4º) realizar un adelantamiento del elevador de los párpados. Precisamos hacer un adelantamiento del elevador puesto que las técnicas anteriores descritas propician una ptosis residual en la mayoría de los pacientes. El resultado postquirurgico fue satisfactorio.

Como conclusión, el SPL está a menudo infradiagnosticado y su reconocimiento temprano es importante para evitar afecciones graves que ponen en peligro la salud de los pacientes. Su corrección quirúrgica es un reto ya que las técnicas habituales que corrigen la hiperlaxitud del parpado suelen producir una ptosis asociada que deja al paciente insatisfecho.

COMUNICACIONES VIDEO

CV06: **Endoscopia nasal portátil en Dacriología**

Autor: Grozny Howell Huanca Ruelas

Coautores: Grozny Howell Huanca Ruelas, Ester Puig Lao, Pere Pujol Vives

Centro de Trabajo: Hospital del Mar Barcelona

Resumen:

La endoscopia nasal es un procedimiento que se utiliza para evaluar la cavidad nasal y la parte final del sistema lagrimal el meato inferior. Es una herramienta eficaz y práctica que ayuda a la evaluación inicial de la obstrucción de la vía lagrimal, así como la valoración post operatoria.

En la valoración preoperatoria de un paciente con obstrucción de la vía lagrimal resulta útil para evaluar anomalías anatómicas que potencialmente condicionen la cirugía lagrimal prevista (desviación del tabique, hipertrofia de cornetes, alteraciones de la mucosa nasal, sinequias post cirugía nasal previa, etc.), evaluación de posibles patologías nasales que produzcan sintomatología lagrimal (tumores, granulomatosis de Wegener).

En los cuidados postoperatorios permite el seguimiento post quirúrgico, evaluaciób de la limpieza de la cavidad nasal, retirar la intubación bicanalicular, evaluar el tamaño y localización de la apertura de la ostomía, así ambién nos permite valorar la posición del tubo de Lester Jones.

Ante el fracaso de la cirugía, la endoscopia permite determinar cualquier compromiso del ostium y diagnosticar cualquier lesión que lo obstruya, tal como granulomas, tejido fibroso, pólipos o sinequias.

Actualmente con la evolución de la tecnología, permite que podamos tener endoscopios de tamaños muy reducidos y con sistemas de enlace inalámbrico y asequibles a residentes, oftalmólogos y oculoplásticos nobeles inician su curva de aprendizaje en la cirugía de la vía lagrimal.

COMUNICACIONES VIDEO

CV07: **Injerto de pericráneo en escleromalacia perforante**

Autor: Cristina Gómez Sánchez

Coautores: Maria Antonia Fagundez Vargas, Sergio Copete Piqueras, Olga Diego Navarro

Centro de Trabajo: Complejo Hospitalario de Albacete

Resumen:

Introducción. El manejo de la escleritis necrotizante incluye tratamiento médico y en algunos casos, quirúrgico. Se presenta la maniobra quirúrgica de un caso de una paciente con mala respuesta a corticoides, que tras tratamiento biológico y una intervención con aloinjerto escleral fallida, se le realiza un injerto pericráneo en zona de escleromalacia con buena evolución posterior.

Caso clínico. Mujer de 60 años en seguimiento por escleritis necrotizante con evolución tórpida. Entre los antecedentes destaca el diagnóstico de artritis reumatoide y el tratamiento crónico con 5 mg de prednisona diarios. La paciente había sido tratada con inmunosupresores e inmunomoduladores sin buena respuesta, presentando una escleromalacia y estafiloma en la región temporal del ojo izquierdo. Se realizó un injerto de esclera con una duración inferior a los 6 meses por lo que se decidió el implante de un injerto de pericráneo. Tras un año de seguimiento el injerto permanece estable y solo ha presentado un episodio inflamatorio resuelto con tratamiento tópico.

Discusión. El injerto de pericráneo es un tejido homólogo, resistente y con células capaces de favorecer la vascularización e integración del mismo. Su uso sólo ha sido descrito en la extrusión del material en pacientes eviscerados y reconstrucción de lamelas.

Conclusiones. El injerto de pericráneo puede suponer una alternativa en el tratamiento de escleromalacia secundaria a procesos inflamatorios.

COMUNICACIONES VIDEO

CV08: **Técnica de Nizetic (Blascovich modificada) en entropion severo del párpado superior**

Autor: Aranzazu Caro Ortega

Coautores: Sofía Sánchez de Lara Sánchez, Hector Carot Sanmillan, Amparo Lanuza García

Centro de Trabajo: Hospital Clinico Universitario Valencia

Resumen:

El tracoma es una infección causada por la bacteria Chlamydia trachomatis, que provoca cicatrización de la conjuntiva produciendo triquiasis y entropion. Es la principal causa de ceguera en países subdesarrollados, cuyo origen es la falta de higiene y el agua contaminada. En nuestro entorno, por las condiciones de globalización, podemos encontrarnos casos de tracoma avanzado donde el tarso es la estructura mas afectada, por lo que hay que actuar sobre él. Para resolver estas afecciones debemos desempolvar técnicas antiguas que nos puedan dar soluciones.

Varón de 78 años intervenido varias veces de los párpado, la última cirugía fue un deslizamiento laminar del parpado superior hace 3 años. Hace un año tuvo dos úlceras fungicas en su ojo izquierdo (oi)

Se presenta en nuestra consulta con leucoma corneal total del ojo derecho con ojo congelado por simblefaron de las conjuntivas tarsales y amaurosis. En el oi ve percepción de luz, se aprecia un importante entropion del párpado superior, que le produce úlceras, cámara formada, leucoma corneal, facoesclerosis y glaucoma tratado con fármacos antiglaucomatosos. Ha tenido una perforación corneal espontánea tratada con injerto de membrana amniotica multicapas. Por ser ojo único, con las intervenciones realizadas anteriormente con recidiva y para evitar una nueva infección y perforación de ese ojo se le realizo la técnica de Blaskovics modificada por Nizetic que consiste en girar el tarso 180º por via palpebral, disecando el tarso anterior y posterior y rotándolo con base superior para que la cara convexa se convierta en cóncava y evitar el roce de las pestañas en la córnea por via palpebral

Conclusion

Ante pacientes con patologias graves, hay que recuperar procedimientos antiguos que nos pueden solucionar problemas terapeuticos, Esta técnica sobre el tarso y la conjuntiva controla los elementos que intervienen en la patogenia del entropion cicatricial de forma adecuada como es la cirugia en el tarso

COMUNICACIONES VIDEO

CV09: **Tarsorrafia con pilares**

Autor: Lucía Saavedra Seijo

Coautores: Bazil Stoica, Natalia Monja Alarcón, Tamara Palenzuela Álvarez

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Fuenlabrada

Resumen:

La tarsorrafia con pilares es una técnica quirúrgica que puede resultar muy útil en el tratamiento de queratopatías por exposición de etiología variada, incluyendo lagoftalmos severo por parálisis facial o úlceras neurotróficas con mala evolución pese a tratamiento médico, así como en el tratamiento de la retracción palpebral inferior.

La técnica de tarsorrafia con pilares, se realiza suturando dos flaps o pilares de tejido tarsoconjuntival del párpado superior a unos "bolsillos" que creamos en el párpado inferior sin afectar la integridad del borde libre palpebral. Es una técnica quirúrgica relativamente sencilla que puede ayudar a solucionar casos complicados de queratopatías o de retracción palpebral inferior.

Este procedimiento ofrece una protección prolongada de la superficie ocular y puede revertirse fácilmente en cualquier momento conservando la estructura del borde libre palpebral. Permite un ajuste intraoperatorio del tamaño final de la hendidura palpebral, no afecta el eje visual y el paciente puede seguir utilizando su tratamiento tópico sin dificultades. Otra ventaja de esta técnica quirúrgica es que permite en el postoperatio la exploración de la córnea en la lámpara de hendidura.

El trabajo realizado tiene un nivel de evidencia científica IV.

COMUNICACIONES VIDEO

CV10: **Reconstrucción de gran defecto de párpado superior mediante Switch Flap**

Autor: María Barceló Arenas

Coautores: María Antonia Fagúndez Vargas, María José Carrilero Ferrer, Cristina Gómez Sánchez

Centro de Trabajo: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Resumen:

Introducción. La reconstrucción del párpado superior, especialmente los grandes defectos de espesor total, es uno de los retos de mayor complejidad a los que se enfrentan los oftalmólogos oculoplásticos. Se presenta una técnica quirúrgica de reconstrucción palpebral superior denominada "Switch Flap", realizada en una paciente con un carcinoma basocelular en toda la extensión de borde libre de párpado superior.

Caso Clínico. Mujer de 47 años con madarosis en párpado superior de ojo derecho de un año de evolución. A la exploración, se observa una lesión esclerosante con borde libre completo de párpado superior desestructurado, madarosis e hiperemia de la conjuntiva tarsal. Ante la sospecha de un proceso tumoral, se realizó biopsia en cuña de espesor total de párpado superior. El informe anatomopatológico informó que se trataba de un carcinoma basocelular, que invadía dermis reticular. En este caso, las técnicas quirúrgicas planteadas para la reconstrucción del párpado superior eran la realización de un "Cutler-Beard", "Frickie Flap" o "Switch Flap", siendo éste último el que se llevó a cabo. En la primera cirugía, se realizó una exéresis completa de la lesión tumoral con márgenes, junto con la primera etapa de la reconstrucción con "Switch Flap". Tres semanas después, se procede a completar la reconstrucción de párpado superior, realizándose un colgajo de avance temporal para reconstruir el defecto resultante en párpado inferior. Tras 4 meses de seguimiento, la paciente presentaba un margen palpebral superior intacto con pestañas y de gran estabilidad, al estar incluido el tarso en el colgajo realizado.

Conclusión. El "Switch Flap" es un procedimiento muy útil para la reconstrucción de defectos complejos de párpado superior de espesor total, con un resultado funcional y estético satisfactorio.

Nivel de evidencia científica IV.