SECOP | SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA OCULOPLÁSTICA

SANTANDER

Una mirada funcional y estética de la Oculoplástica

XXXIV CONGRESO SECOP

11, **12** y **13** junio 2025

PALACIO DE EXPOSICIONES Y CONGRESOS DE SANTANDER

www.secop.org

LIBRO DE RESÚMENES

Comunicaciones en **Vídeos**

Jueves 12 de junio 2025

9:00h - 10:00h. Comunicaciones en Video

CV01. Evolución de la técnica en la Cirugía Endoscópica Transorbitaria. Descripción de las adaptaciones quirúrgicas de utilidad para la Oculoplástica

Óscar Felguera García, Alberto Di Somma, Jessica Matas Fassi, Joaquim Enseñat Nora
Hospital Clínic de Barcelona

Nivel de evidencia científica: IV
Grado de recomendación: C

El abordaje transorbitario ha representado un avance significativo en el tratamiento de tumores y otras lesiones tanto de la órbita como de la base de cráneo. Esta técnica quirúrgica mínimamente invasiva ha demostrado ser más eficaz que los enfoques tradicionales.

El procedimiento se divide en cuatro fases bien definidas: la cutánea, la creación del espacio de trabajo, la eliminación de la lesión y la reconstructiva. El oculoplástico desempeña un papel importante en todas estas fases, excepto en la de remover la lesión.

La experiencia acumulada con 52 casos clínicos ha sido clave en la evolución. Se describen los detalles operatorios que han experimentado cambios a lo largo del tiempo, destacando cómo el aprendizaje continuo ha permitido optimizar la práctica.

En lo que respecta a la fase cutánea, se realiza una incisión en pliegue cutáneo párpado superior. La piel se incide de forma que la extensión lateral ha sido cada vez menor. Para la siguiente etapa, se ha generalizado la realización de una marginotomía ósea. La extracción del reborde orbitario se ha optimizado con el uso de piezoeléctrico. El sistema ultrasónico ayuda a hacer dos cortes anteroposteriores. No obstante, según los autores, es más práctico no realizar un corte transversal, si no fresar la pared lateral ab interno directamente.

Finalmente, se procede a la reconstrucción mediante el relleno del área con grasa subcutánea autóloga. Esta técnica tiene como objetivos tanto evitar la fuga de líquido cefalorraquídeo como prevenir la enoftalmia. La grasa se coloca hasta alcanzar el reborde orbitario, quedando a ras o sobresaliendo mínimamente. La fijación del reborde orbitario se realiza con una placa metálica en la parte inferior y con una sutura de seda a nivel de la sutura frontocigomática. Se decidió sustituir la placa por una sutura en esta zona, ya que algunos pacientes referían molestias por la placa de osteosíntesis.

Jueves 12 de junio 2025

9:00h - 10:00h. Comunicaciones en Video

CV02. Manejo del hematoma retrobulbar en el servicio de urgencias mediante cantotomía y cantolisis

Irene Reyzabal Ereño, Beatriz Elso Echeverria, Ana Jiménez Alonso, Miren Aranguren Laflin
Hospital Universitario de Navarra

El objetivo es presentar un caso de hemorragia retrobulbar tratado de forma urgente a pie de cama mediante cantotomía y cantolisis.

Presentamos el caso de un varón de 33 años que acude al servicio de urgencias por dolor, limitación de los movimientos oculomotores externos y pérdida de agudeza visual en el ojo izquierdo tras caída accidental contra el suelo. A la exploración presenta una agudeza visual de 8/10 en dicho ojo, una presión intraocular de 15 mm Hg, un edema palpebral y limitación moderada en todas las posiciones de la mirada y diplopia a la infraversión. En el fondo de ojo presenta una papila de bordes netos normocoloreada, la mácula sin alteraciones y una conmoción retiniana en media periferia inferior. Se realiza una tomografía axial computarizada (TAC) cerebral y orbitario que revela un hematoma retrobulbar agudo izquierdo, con efecto masa sobre el nervio óptico ipsilateral. Por este motivo, se decide de forma conjunta con cirugía maxilofacial (MXF) realizar cantotomía y cantolisis de manera urgente.

A continuación se describe la técnica quirúrgica:
En primer lugar se realiza la limpieza de piel con povidona yodada y se coloca el paño estéril. Posteriormente, se procede a la inyección subcutánea de lidocaína al 2% con adrenalina. Una vez la anestesia local ha sido efectiva, se realiza una incisión de espesor completo en el canto externo con las tijeras hasta lograr el acceso al tendón cantal lateral. Se retrae el párpado inferior hacia abajo y se corta la rama inferior del tendón cantal lateral con tijeras que se dirigen hacia abajo y se introducen de forma angulada para evitar el globo ocular. A medida que se libera el tendón del canto, el párpado inferior debe separarse completamente del globo ocular.
El paciente queda ingresado a cargo de cirugía maxilofacial siendo la evolución favorable durante su ingreso.

Nivel de evidencia científica: IV

Jueves 12 de junio 2025

9:00h - 10:00h. Comunicaciones en Video

CV03. Fenestración del nervio óptico en el tratamiento de un caso de hipertensión intracraneal benigna

Alicia Santana Jiménez, Diego Losada Bayo, Francisco Javier González García, Elisa Pérez Ramos
Hospital Universitario Rey Juan Carlos

Caso Clínico: Mujer de 40 años con disminución de agudeza visual (AV) de ojo derecho (OD) y defecto concéntrico del campo visual (CV) ipsilateral. Inicialmente, la AV en el OD fue de 0.6 y en el ojo izquierdo (OI) de 1.0 (Snellen). Presentaba fondo de ojo y OCT papilar compatible con papiledema, y en la RM se observaron hallazgos sugestivos de HTIC. A pesar del tratamiento con acetazolamida, la AV del OD disminuyó a 0.05, por lo que se decidió realizar fenestración del NO derecho a la espera del abordaje neuroquirúrgico.

Técnica Quirúrgica: Bajo anestesia general y previa inyección subcutánea de anestésico local, con ayuda del microscopio quirúrgico, se realiza una incisión en los 2/3 del surco palpebral supero-medial. La disección se realiza medialmente a la aponeurosis del elevador y al nervio óptico, reduciendo así el riesgo de ptosis, lesión del ganglio ciliar o estrabismo. Se identifican las almohadillas grasas medial y central. Se realiza disección roma con periostotomo y separadores maleables con técnica “mano sobre mano”, en sentido infero-posterior hasta palpar un “córdón”, correspondiente con el nervio óptico. Se expone la superficie del nervio óptico y con ayuda de una pinza y tijera de miringotomía, se realiza una ventana de drenaje a 1mm de la inserción del nervio, observándose reflujo de líquido cefalorraquídeo (LCR), lo que indica una fenestración exitosa. Tras confirmar hemostasia, se retiran todos los instrumentos de la órbita y se cierran músculo orbicular y piel. Durante todo el procedimiento es imprescindible vigilar la pupila. Una semana tras la cirugía, la AV mejoró a 0,6 y el campo visual se normalizó paulatinamente.

Conclusiones:La indicación para la fenestración de la vaina del NO es la pérdida de AV debido a una HTIC que causa papiledema, que puede ser consecuencia de diversas enfermedades del SNC, como la trombosis de los senos venosos cerebrales, los tumores intracraneales y el pseudotumor cerebri.

Nivel de evidencia: IV

Jueves 12 de junio 2025

9:00h - 10:00h. Comunicaciones en Video

CV04. Cantopexia transnasal como técnica de corrección de una distopia cantal medial postraumática

Álvaro Escobar Rivas, Marco Sales Sanz
Hospital Ramón y Cajal, Madrid

La cantopexia transnasal es una técnica quirúrgica utilizada para corregir la distopía cantal medial postraumática, una alteración en la posición del canto medial del ojo ocasionada por traumatismos orbitofaciales. Esta condición puede generar consecuencias tanto estéticas como funcionales, afectando la simetría facial, la vía lacrimal y la posición del párpado.

A diferencia de los abordajes exclusivamente externos o endoscópicos, la cantopexia transnasal combina una fijación transnasal del tendón cantal medial con incisiones cutáneas mínimas a ambos lados de la nariz. Estas incisiones permiten una adecuada exposición del complejo cantal medial para su reposicionamiento y anclaje mediante suturas que atraviesan el tabique nasal, logrando una fijación simétrica y estable al periostio contralateral.

Esta técnica permite una corrección anatómica precisa de la distopía, manteniendo un control tridimensional de la tracción y ofreciendo resultados satisfactorios tanto en términos funcionales como estéticos. Aunque no evita del todo las incisiones cutáneas, estas son pequeñas y estratégicamente ubicadas para minimizar el impacto visible.

En conclusión, la cantopexia transnasal con incisiones cutáneas bilaterales representa una opción quirúrgica eficaz para el tratamiento de la distopía cantal medial postraumática, al equilibrar la necesidad de exposición anatómica con un enfoque relativamente conservador que busca optimizar los resultados reconstructivos y cosméticos.

Jueves 12 de junio 2025

9:00h - 10:00h. Comunicaciones en Video

CV05. Técnica de Hewes en tumores del párpado inferior: experiencia quirúrgica en tres pacientes

Javier Mora de Oñate, César Hita Antón, Ignacio García Cruz, Beatriz Paredes García
Clínica Oftalmológica AVER

La reconstrucción del párpado inferior tras la resección de tumores malignos representa un reto quirúrgico que exige técnicas precisas, eficaces y estéticamente satisfactorias. En esta comunicación presentamos nuestra experiencia con la técnica de Hewes aplicada a tres pacientes con carcinomas basocelulares y espinocelulares del párpado inferior. Esta técnica, poco difundida en comparación con la clásica técnica de Hughes, ofrece claras ventajas al permitir una reconstrucción completa en un solo tiempo quirúrgico, sin necesidad de una segunda intervención para seccionar colgajos temporales.

La técnica de Hewes se basa en el empleo de dos colgajos: uno posterior (tarsoconjuntival o periostal) para aportar soporte estructural, y otro anterior (cutáneo) para lograr una cobertura estética y funcional. Su diseño permite una restitución anatómica precisa del párpado inferior, con excelente proyección y simetría.

Mostramos mediante un video el abordaje quirúrgico completo, incluyendo resección oncológica, confección de colgajos, cierre y seguimiento postoperatorio. Los resultados obtenidos fueron óptimos tanto en términos funcionales como estéticos, sin complicaciones ni recidivas durante el seguimiento.

La técnica de Hewes se perfila como una alternativa eficaz, segura y estéticamente ventajosa frente a otras técnicas más conocidas como la de Hughes. Consideramos que debería formar parte del repertorio habitual del cirujano oculoplástico, especialmente en defectos de tamaño medio-grande del párpado inferior.

Jueves 12 de junio 2025

9:00h - 10:00h. Comunicaciones en Video

CV06. Técnica de injerto sobre injerto para reconstrucción palpebral

Tamara Palenzuela Álvarez, Bazil Tit-Liviú Stoica, Anisha Arjan Nathani, Lucía López Caballero
Hospital Universitario de Fuenlabrada

Introducción: La reconstrucción del párpado tras resecciones oncológicas o traumatismos representa un reto en cirugía oculoplástica, tradicionalmente, se han utilizado colgajos vascularizados como el procedimiento de Hughes o Cutler-Beard que, aunque efectivos, requieren cirugías en dos tiempos y oclusión temporal del eje visual.
En este contexto, emerge como alterativa la técnica de injerto sobre injerto, que posibilita la reconstrucción lamelar completa en un solo tiempo quirúrgico mediante la superposición estratégica de injertos libres: uno estructural para la lámina posterior (tarso, cartílago o mucosa) y otro de cobertura para la lámina anterior (piel).

Objetivo: Presentar el uso de la técnica de injerto sobre injerto en la reconstrucción palpebral, destacando su eficacia funcional y estética como alternativa a las técnicas tradicionales.

Caso Clínico: Mujer de 67 años con lesión nodular en el tercio medio del párpado inferior derecho. Biopsia reportó carcinoma basocelular. Se realizó extirpación de lesión tumoral en bloque con márgenes y reconstrucción mediante injerto de tarso y piel del párpado superior contralateral, con evolución postoperatoria favorable.

Discusión: El injerto sobre injerto ofrece reparación en un solo tiempo, preservando el eje visual y logrando buenos resultados estéticos y funcionales. El párpado, por su delgadez, vascularización y soporte anatómico, favorece la integración de injertos, a diferencia de otras áreas corporales. Como limitaciones, destaca la necesidad de un lecho vascular adecuado. Futuros estudios deberán definir e tamaño máximo de defecto tratable y explorar mejoras mediante biomateriales avanzados.

Conclusión: El injerto sobre injerto es una técnica segura y prometedora para la reconstrucción palpebral, cuyo potencial continuará expandiéndose con mayor evidencia clínica.

Jueves 12 de junio 2025

9:00h - 10:00h. Comunicaciones en Video

CV07. Suturas Micro Quickanchor en cirugía oculoplástica

Elisa Perez Ramos, Diego Losada Bayo, Francisco González García, Viviana Lezcano Carduz
Hospital Rey Juan Carlos

Introducción: El sistema micro quickanchor* (Mitek. DePuy Synthes), es una unidad de anclaje, indicado para la fijación de suturas a hueso, usado de forma habitual en la cirugía de pequeñas articulaciones. Nosotros empleamos el quickanchor asociado a aguja de poliéster 4/0. La caja trae su propia broca desechable para la fijación del ancla al hueso, sobre el que luego esta se osteointegra.

Técnica quirúrgica: Presentamos una técnica de fijación a hueso mediante suturas quickanchor para el manejo de la retracción palpebral inferior, tras una cirugía reconstructiva tumoral (carcinoma basocelular de canto externo): se inicia mediante una incisión de piel y orbicular a nivel de canto externo, hasta alcanzar el periostio, realizando la apertura del mismo, para dejar bien expuesto el reborde orbitario lateral. Marcamos en hueso la altura a la que queremos insertar el sistema de anclaje, a la altura de la pupila. Realizamos el agujero en hueso, mediante la misma broca que trae el propio sistema, ya que tiene la profundad exacta en la que se ancla el mismo. Mediante el aplicador, insertamos la sutura, en nuestro caso, un poliéster de 4/0, en el agujero hecho previamente, la cual quedará fijada y se osteointegrará. Pasamos los extremos de la sutura por el tejido fibroso del párpado inferior y anudamos, comprobando si obtenemos la altura deseada.

Indicaciones: Las indicaciones de esta técnica quirúrgica es cualquier cirugía que requiera fijación a hueso. En nuestra experiencia es útil para las retracciones palpebrales inferiores, realizando la fijación de la cantoplastia lateral mediante esta técnica; las ptosis de ceja, realizando fijación a hueso a nivel frontal, con una mínima incisión, mediante el mitek; y en cirugías de reconstrucción de canto interno, para la fijación del tendón cantal medial. Existen varios casos descritos dentro del ámbito de la cirugía maxilofacial y plástica, pero poco dentro del campo de la cirugía oculoplástica.

Nivel de evidencia científica: 4

Jueves 12 de junio 2025

9:00h - 10:00h. Comunicaciones en Video

CV08. Avance de línea blanca: cirugía paso a paso

Mónica Robles Mateos, María Antonia Fagundez Vargas, Irene Lucas Carpintero, María José Carrilero Ferrer
Complejo Hospitalario de Albacete

Introducción: La ptosis aponeurótica es el tipo de ptosis más común. Se cree que la causa se debe a la desinserción de la aponeurosis del elevador del párpado superior (AEPS) de la superficie anterior del tarso. La reinserción de la aponerosis (RAE) se puede realizar por abordajes anteriores (transcutáneos) o posteriores (transconjuntivales).

Procedimiento: El video que os voy a presentar se trata de mi primera cirugía de RAE por vía posterior, también llamada avance de línea blanca combinada con blefaroplastia superior. Es un procedimiento sencillo realizado con anestesia local para casos de ptosis aponeurótica leve-moderada con buena función de músculo elevador. Para ello, mediante un punto de tracción de seda y un retractor de Marre se evierte el párpado superior exponiendo la conjuntiva tarsal. A 2mm del borde superior del tarso se realiza una incisión mediante la cual vamos a disecar la conjuntiva y Muller hasta identificar la aponeurosis del músculo elevador. Esta se corresponde a una línea blanca a toda la longitud del párpado que vamos a anclar a tarso mediante una sutura no reabsorbible de poliéster 5/0.
En el caso de mi paciente los resultados fueron satisfactorios al mes de la cirugía, consiguiendo un arco palpebral natural y una hendidura simétrica con la altura deseada.

Conclusión: La RAE vía posterior se considera una técnica con alta tasa de éxito y gran predictibilidad. Además, debido a su escasa manipulación de tejidos y la ausencia de cicatriz externa, hacen que sea una técnica con una pronta recuperación postoperatoria y sin marcas visibles.

Jueves 12 de junio 2025

9:00h - 10:00h. Comunicaciones en Video

CV09. Suspensión al frontal con fascia lata autóloga: una técnica viable en ptosis congénita en pacientes menores de 3 años

Marta Vicente Antolín, Blanca Eslava Valdivielso, Marco Sales Sanz,
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

La técnica de suspensión al frontal es la intervención quirúrgica de elección en la corrección de aquella ptosis congénita con una función del elevador del párpado superior inferior a 4mm. La utilización de fascia lata como injerto supone ventajas dada su baja distensibilidad y su absoluta biocompatibilidad que implica un nulo riesgo de extrusión. Sin embargo, esta técnica no ha sido utilizada de forma habitual en pacientes menores de 3 años debido a la creencia, establecida por Crawford, de la imposibilidad de garantizar la disección de tejido suficiente para llevar a cabo esta técnica. Sin embargo, en este vídeo mostramos la realización de una técnica de suspensión al frontal con fascia lata autóloga realizada sin incidencias en una paciente menor de 3 años.

En primer lugar, se realiza la extracción del injerto de fascia lata utilizando dos incisiones de 2cm en la cara lateral de la pierna que se conectan con la ayuda de una espátula maleable, también usada pata separar el injerto del vasto lateral; a continuación, se corta el injerto y se extrae por la incisión más craneal utilizando una Bengolea. A continuación, se prepara el injerto dividiendo el extracto de fascia lata inicial en 4 bandas idénticas.

Por último, se realiza la suspensión al frontal utilizando la técnica de los dos triángulos de Crawford: se realizan tres incisiones pretarsales y tres incisiones supraciliares, con una aguja de Wright se realizan los túneles subcutáneos correspondientes para posicionar de forma adecuada las bandas de fascia desde el plano pretarsal al plano prefrontal, ajustando por último la altura anudando las bandas entre sí.

Como conclusión, con este vídeo demostramos que la técnica de suspensión al frontal no difiere en ningún punto en pacientes menores de tres años y, mediante su utilización, se consiguen resultados cosméticos y funcionales satisfactorios también en este grupo etario.

Jueves 12 de junio 2025

9:00h - 10:00h. Comunicaciones en Video

CV10. La endoscopia nasal, una herramienta diagnóstica y terapéutica en pacientes con sospecha de dacriolitos

Katherine Bogdanic Werner, Felipe Castillo Farías, Alberto Salmoral LOrenzo-Arroyo, Joan Oliveres Martínez
Instituto de Microcirugía ocular

Objetivos: destacar la importancia de la endoscopía nasal en el abordaje diagnóstico y terapéutico de la patología de la vía lagrimal. A propósito de un caso.

Caso Clínico: presentamos el caso de un paciente de 38 años, sano, con historia de epífora y conjuntivitis unilateral intermitente de 3 años de evolución, que consulta con el otorrinolaringólogo (ORL) tras varias consultas previas en oftalmología. En la evaluación oftalmológica solicitada por el ORL, destaca únicamente una dificultad en el paso del suero fisiológico a la irrigación a través del canalículo inferior, con una vía lagrimal parcialmente permeable y reflujo limpio por el punto lagrimal superior e inferior.

Se decide realizar una endoscopía nasal conjunta con ORL bajo sedación, planteando una eventual dacriocistorrinostomía endoscópica. Durante el procedimiento se observa una cavidad nasal sin alteraciones. A la irrigación, se aprecia un abombamiento superior a la salida del conducto nasolagrimal y un aumento de presión al introducir suero fisiológico a través del canalículo inferior, que culmina con la salida de 2 dacriolitos de gran tamaño. Finalmente, no es necesario realizar ningún procedimiento adicional y tras 6 años de seguimiento, el paciente no vuelve a presentar síntomas.

Presentamos el vídeo del procedimiento.

Conclusión: La endoscopia nasal proporciona una visión directa y detallada de la anatomía de la cavidad nasal adyacente a la vía lagrimal. Concretamente, podemos identificar inflamación de la mucosa, infecciones, pólipos, sinequias, tumores, desviaciones del septum, alteración de los cornetes y dacriolitos entre otras patologías que pueden causar epífora. Es así como la endoscopía nasal se convierte en una herramienta útil en dacriología.