



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CIRUGÍA OCULOPLÁSTICA



XXXV CONGRESO SECOP GRANADA

10, 11 y 12
junio 2026

Donde la
precisión
es arte

www.secop.org

Paraninfo
Universidad de Granada
Facultad de Medicina



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

LIBRO DE RESÚMENES

Comunicaciones Rapid Fire I



Miércoles, 10 de junio

16:30–16:50 horas

RF-01

Quiste de Tenon tras evisceración tratado mediante inyección de ácido tricloroacético al 20%

Natalia Monja Alarcón, Bazil Tit-Liviu Stoica, Raquel Lapunte Monjas, Alejandra Álvarez Brandt

Hospital Universitario de Fuenlabrada

Objetivo: Describir un caso de quiste de Tenon tras evisceración y su manejo mediante inyección intralesional de ácido tricloroacético (TCA) como alternativa terapéutica mínimamente invasiva.

Caso clínico: Varón de 46 años intervenido de evisceración que presentó, seis meses después, tumoración subconjuntival en cavidad anoftálmica izquierda asociada a secreciones y dificultad para la adaptación protésica. A la exploración se objetivó una lesión quística blanquecina con conjuntiva íntegra, sin signos inflamatorios. Se estableció el diagnóstico de quiste de Tenon. Se realizó tratamiento mediante infiltración intralesional de TCA al 20% bajo anestesia local y sedación sin incidencias. En el postoperatorio presentó resolución completa de la lesión con adecuada adaptación protésica y mejoría clínica.

Discusión: El quiste de Tenon es una complicación infrecuente tras cirugía anofálmica, relacionada con inclusión epitelial y alteraciones en la cicatrización. El tratamiento clásico es la exéresis quirúrgica, no exenta de recurrencias y morbilidad. La infiltración con TCA permite la destrucción química del epitelio quístico, constituyendo una alternativa terapéutica eficaz y menos invasiva. Su uso, aún limitado en la literatura, ofrece resultados favorables en términos funcionales y estéticos.

Conclusiones: La inyección intralesional de TCA al 20% se presenta como una opción eficaz y segura en el manejo del quiste de Tenon.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Nivel de evidencia: Nivel IV (caso clínico)



Miércoles, 10 de junio

16:30–16:50 horas

RF-02

Hematoma orbitario masivo en cavidad anoftálmica tras evisceración en paciente con coagulopatía: manejo quirúrgico y reconstrucción

Natalia Monja Alarcón, Alejandra Álvarez Brandt, Raquel Lapuente Monjas, Nicolás Toledano Fernández

Hospital Universitario de Fuenlabrada

Objetivo: Describir el manejo de un hematoma orbitario masivo en cavidad anoftálmica tras evisceración en un paciente con coagulopatía y múltiples comorbilidades, así como las técnicas reconstructivas asociadas.

Caso clínico: Varón de 74 años intervenido de evisceración en ojo derecho, con antecedentes de coagulopatía y múltiples comorbilidades, que presentó en el postoperatorio un hematoma orbitario masivo con importante edema palpebral, quemosis hemorrágica conjuntival y aumento de la tensión en cavidad anoftálmica. A la exploración destacaba dificultad para la apertura palpebral, sospecha de dehiscencia conjuntival y abundante contenido hemático. Ante la gravedad del cuadro se decidió intervención quirúrgica urgente, realizándose retirada de la prótesis, drenaje de hematoma periprotésico y preseptal y cierre por planos (Tenon y conjuntiva). Se asoció la colocación de anillo de simbléfaron y tarsorrafia para preservar la anatomía y prevenir retracciones cicatriciales. El procedimiento se realizó sin incidencias. En el postoperatorio el paciente presentó evolución favorable, con disminución del edema, ausencia de sangrado activo y adecuada conformación de la cavidad.

Discusión: El hematoma orbitario masivo tras cirugía anoftálmica es una complicación infrecuente pero potencialmente grave, especialmente en pacientes con coagulopatía. Puede comprometer la cavidad y dificultar la rehabilitación protésica. El drenaje precoz junto con la retirada protésica es fundamental y la asociación de técnicas reconstructivas permite mantener la arquitectura conjuntival y prevenir secuelas.

Conclusiones: El abordaje precoz del hematoma orbitario masivo, especialmente en pacientes de alto riesgo, junto con medidas reconstructivas adecuadas, permite preservar la cavidad anoftálmica y optimizar los resultados funcionales.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Nivel de evidencia: Nivel IV (caso clínico).



Miércoles, 10 de junio

16:30–16:50 horas

RF-03

Reconstrucción de extrusión de implantes orbitarios mediante injerto autólogo de fascia del músculo temporal: reporte de casos clínicos

*Elena de Ciria Espinoza, Sandra Martínez Somolinos, Pau Cid Bertomeu
Hospital Sant Joan de Déu de Manresa, Althaia*

Objetivos: Evaluar la eficacia del injerto de fascia de músculo temporal como técnica reconstructiva en la extrusión de implantes orbitarios tras evisceración, describiendo la técnica quirúrgica, los resultados anatómicos y las complicaciones en dos casos clínicos.

Casos clínicos: Se presentan dos casos de extrusión de implantes orbitarios tras evisceración. El primer caso corresponde a un paciente eviscerado en 2006 con implante de hidroxiapatita que presenta extrusión con defecto conjuntival a los 10 años, tratada inicialmente mediante injerto dermograso inguinal. Nueve años más tarde presenta una nueva extrusión con defecto conjuntival de 5×3 mm, realizándose injerto de fascia de músculo temporal. Como complicación, desarrolla un granuloma que requiere resección quirúrgica. El segundo caso corresponde a un paciente eviscerado en 2023 con implante de silicona que, al año de la cirugía, presenta extrusión con defecto conjuntival de 5×5 mm. Se realiza cobertura mediante injerto de fascia de músculo temporal, con evolución favorable.

Discusión: La extrusión de implantes orbitarios es una complicación frecuente tras evisceración que requiere manejo quirúrgico en defectos moderados o grandes. El injerto de fascia temporal autóloga constituye una opción eficaz, con tasas de éxito cercanas al 75%, aportando tejido vascularizado, sin riesgo inmunológico y con conjuntivalización espontánea en 2–3 meses. Su obtención es sencilla y puede emplearse como injerto libre o colgajo pediculado. No obstante, no está exento de complicaciones. Existen alternativas reconstructivas según el tamaño del defecto, reservándose la retirada del implante para casos extensos o fracasos.

Conclusiones: El injerto autólogo de fascia temporal es una técnica eficaz y versátil que permite la preservación del implante, posicionándose como opción de primera línea en defectos moderados.



Miércoles, 10 de junio

16:30–16:50 horas

RF-04

Importancia de la aplicación de la cirugía de Mohs en tumores conjuntivales de cavidades anoftálmicas

Olga Martínez González, Marina Pardo de Andrade Pérez, Teresa Vozmediano Serrano, Samira Ketabil Shadvar

Hospital Universitario de Mostoles

Objetivos: Evaluar la evidencia de la cirugía de Mohs en el manejo del carcinoma epidermoide conjuntival y su aplicación en el control de márgenes durante la enucleación.

Caso clínico: Varón de 85 años con lesión conjuntival vascularizada de rápido crecimiento en ojo izquierdo. La biopsia escisional mostró carcinoma epidermoide conjuntival con afectación de márgenes. Tras recidiva precoz con adhesión a planos profundos y estudio de extensión negativo, se realizó enucleación con control intraoperatorio de márgenes mediante cirugía de Mohs, reconstrucción con injerto dermograso y tratamiento coadyuvante con interferón alfa-2b. Tras un año de seguimiento, el paciente permanece asintomático y sin recidiva.

Discusión: La obtención de márgenes libres es el principal factor pronóstico. Las tasas de recurrencia con márgenes positivos alcanzan el 34,3% en T3 y el 50% en T4, frente a ~4% con márgenes negativos y crioterapia. Solo existe una serie de Mohs adaptada a conjuntiva (19 pacientes), con 0% de recurrencia (6-60 meses). Aunque el interferón reduce recurrencias, la progresión puede requerir enucleación.

El control intraoperatorio de márgenes adquiere relevancia al permitir identificar áreas afectadas, preservar tejido sano para reconstrucción y minimizar recidivas. Además, existe riesgo de carcinoma de novo en cavidad anoftálmica a largo plazo.

Conclusión: La cirugía de Mohs no es de uso rutinario por su complejidad, pero muestra resultados prometedores. Su aplicación en enucleación podría optimizar la reconstrucción y reducir recidivas, siendo necesarios estudios prospectivos que confirmen estos hallazgos.



Miércoles, 10 de junio

16:30–16:50 horas

RF-05

Orbitopatía tiroidea con evolución clínica atípica

Cristina Sacristán Egüén, Roberto Rodríguez Ortega, Ivonne Charcán Laskibar, Roberto Fernández Hermida

H. Universitario de Cruces

Caso clínico: Paciente que consulta por diplopía con restricción bilateral a la abducción y supravversión, asociada a quemosis, hiperemia conjuntival, edema palpebral y dolor a los movimientos oculares, sin signos de amenaza visual. Ante la sospecha de orbitopatía tiroidea activa, se realiza TC orbitaria que evidencia engrosamiento marcado de todos los músculos extraoculares y se propone tratamiento con metilprednisolona intravenosa según protocolo EUGOGO.

A las dos semanas, y previo al inicio del tratamiento, la paciente presenta empeoramiento clínico con progresión de la restricción en todos los movimientos oculares, junto con aparición de ptosis palpebral bilateral severa y marcada limitación de la excursión del párpado superior. Dada esta evolución atípica, se reevaluó la función del nervio óptico, que se mantenía conservada, y se amplió el estudio solicitando anticuerpos antirreceptor de acetilcolina para descartar patología neuromuscular concomitante, actualmente en estudio con resultados pendientes.

Discusión y conclusiones: Aunque los hallazgos iniciales eran compatibles con orbitopatía tiroidea activa, la rápida progresión de la oftalmoplejía y la aparición de ptosis bilateral severa —signo atípico— obligan a reconsiderar el diagnóstico inicial.

La presencia de ptosis asociada a limitación marcada de la motilidad ocular debe alertar sobre entidades concomitantes, especialmente patología neuromuscular como miastenia gravis, así como procesos compresivos orbitarios o afectación de pares craneales. Esto supone un reto diagnóstico por la superposición clínica, pudiendo dar lugar a cuadros de oftalmoplejía de etiología mixta.

Este caso resalta la importancia de reevaluar evoluciones atípicas y descartar diagnósticos asociados antes de iniciar inmunosupresión intensiva, optimizando el manejo clínico.



Miércoles, 10 de junio

16:30–16:50 horas

RF-06

Síndrome compartimental orbitario por hematoma retrobulbar: cada minuto cuenta

Álvaro Arribas, Francisco Javier González García, Alicia Santana Jiménez, Juan Carlos Campos Rodríguez

Hospital Universitario Rey Juan Carlos

Introducción: El síndrome compartimental orbitario es una urgencia oftalmológica caracterizada por aumento agudo de la presión intraorbitaria que compromete la perfusión del nervio óptico y puede causar pérdida visual irreversible en minutos. Entre sus causas, el hematoma retrobulbar destaca en pacientes anticoagulados tras traumatismo. El diagnóstico es clínico identificando precozmente proptosis, dolor, disminución visual, oftalmoplejía y aumento de la presión intraocular.

Caso clínico: Varón de 72 años anticoagulado que sufrió traumatismo orbitario con dolor y deterioro visual. A su llegada presentó hematoma periorcular y disminución visual; sin embargo, se produjo un retraso diagnóstico inicial por fallo en triaje y urgencias generales al no identificar signos de alarma de hematoma retrobulbar ni aplicar el protocolo de sospecha clínica, infraestimándose los hallazgos oculares, lo que demoró la actuación oftalmológica urgente. La valoración oftalmológica objetivó pérdida de visión, pupila arreactiva, proptosis, limitación de la motilidad ocular y presión intraocular elevada, estableciéndose el diagnóstico de síndrome compartimental orbitario. Se realizó descompresión urgente mediante cantotomía y cantolisis inferior, obteniendo visión de movimiento de manos, reducción de la PIO y reactividad pupilar. El estudio de imagen confirmó hematoma retrobulbar activo. A los 30 minutos se objetivó empeoramiento con ausencia de percepción de luz, aumento de PIO y arreactividad pupilar; se realizó nueva cantotomía-cantolisis superior sin respuesta clínica, por lo que se decidió descompresión endoscópica con otorrinolaringología. A pesar de la mejoría anatómica, evolucionó a pérdida visual irreversible por neuropatía óptica isquémica.

Conclusiones: El síndrome compartimental orbitario es una urgencia tiempo-dependiente en la que el pronóstico depende de la rapidez en el reconocimiento y tratamiento. Tener protocolos, personal formado y equipos multidisciplinares es esencial.