



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 en Vídeo II



Viernes, 12 de Junio

10:40–11:00 horas

CV-05

Tarsectomía + suturas eversoras en el tratamiento del entropion/triquiasis de párpado superior

*Diego Losada Bayo, Viciana Patricia Lezcano, Alicia Santana, Álvaro Aarribas
Hospital Rey Juan Carlos*

Presentamos la técnica de tarsectomía en cuña horizontal más suturas eversoras para el tratamiento del entropión/triquiasis de párpado superior.

Bajo anestesia asepsia y anestesia local vamos a realizar una blefaroplastia conservadora de párpado superior. A continuación realizamos una incisión a lo largo de la línea gris profundizando 1.2 mm.

Exponemos el tarso del párpado superior disecando el orbicular pretarsal, sin llegar a conectar con la incisión en línea gris.

Realizamos una tarsectomía en cuña horizontal, intentando no llegar hasta la conjuntiva tarsal. La resección de esta pequeña cuña será la que permita al tarso plegarse sobre sí mismo corrigiendo el entropión.

A continuación realizamos entre 3 y 4 suturas eversoras. Se trata de suturas en U que van de la parte inferior de la cuña tarsal reseçada, a su parte superior, y después a línea de pestañas. Empleamos una sutura trenzada reabsorbible de 6/0.

Por último cerramos piel con una sutura continua de monofilamento no reabsorbible de 6/0.

Se trata de una técnica sencilla y eficaz para el tratamiento del entropión que tiene la ventaja de no incidir conjuntiva o borde libre y que consigue resultados estéticos mejores que técnicas clásicas como la rotación de tarso terminal.

Nivel de evidencia IV.



Viernes, 12 de Junio

10:40–11:00 horas

CV-06

Síndrome de Parry Romberg: diagnóstico y manejo a propósito de un caso

Marina Ruiz Viguera, Francisco Buitrago del Amor, Pablo José Vera García, Salomé Abenza Baeza

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

El síndrome de Parry-Romberg (atrofia hemifacial progresiva) es un trastorno de etiología desconocida caracterizado por la involución de la piel, el tejido subcutáneo, el músculo y el hueso. Además, se suele acompañar de secuelas oculares, como enoftalmos y malposiciones palpebrales, neurológicas y autoinmunes.

Presentamos el caso de una mujer de 65 años con atrofia hemifacial derecha, que fue sometida a 11 intervenciones en distintos centros antes de acudir a nuestra consulta. A la exploración, presentaba múltiples implantes faciales descolgados que además, en 2023, sufrieron una infección por *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM) que agravó el cuadro. Además, con desarrolló ptosis de ceja, ectropión paralítico y atrofia hemifacial derecha severa. Se diseñó un abordaje quirúrgico conjunto con cirugía plástica, orientado a estabilizar los vectores faciales mediante anclaje a tejidos profundos.

La intervención comenzó con una cejaplastia directa con fijación profunda al periostio del reborde orbitario superior y sutura cutánea en colchonero. Por parte de cirugía plástica, se realizó una ritidectomía en plano supra-SMAS (Sistema Musculoaponeurótico Superficial) con hemilifting facial MACS-lift (Minimal Access Cranial Suspension) según la técnica de Tonnard. La elección de esta técnica radica en los beneficios que aporta la ejecución de lazos de plicatura con sutura barbada Stratafix. Sus barbas bidireccionales permiten una distribución de carga continua sin nudos, anclando el SMAS a la fascia temporal profunda.

Finalmente, el ectropión se corrigió mediante una tira tarsal lateral con doble anclaje hiper corregido superior, al periostio orbitario lateral y a la fascia temporal profunda. Se trata de una opción de manejo de esta patología, con un nivel de evidencia IV y grado C, que demuestra la importancia de recuperar los vectores faciales mediante el anclaje a estructuras profundas, para conseguir una restauración funcional y estética.



Viernes, 12 de Junio

10:40–11:00 horas

CV-07

Müllerotomía vía anterior para el tratamiento de la retracción palpebral superior

Diego Losada Bayo, Elisa Pérez Ramos, Viviana Patricia Lezcano, Francisco Javier González García

Hospital Rey Juan Carlos

Presentamos una técnica de müllerotomía vía anterior para el tratamiento de la retracción palpebral superior. Bajo asepsia y anestesia local realizamos la incisión de piel y orbicular en surco palpebral superior.

Exponemos tarso superior. A continuación realizamos la apertura de septum exponiendo la grasa pre-aponeurótica. Tensamos la aponeurosis del elevador traccionando párpado superior con un separador de Desmarres exponiendo el músculo de Müller. Seccionamos el músculo de Müller gradualmente hasta obtener la altura palpebral deseada. Suturamos la grasa pre-aponeurótica al tarso superior con lo que normalizaremos la altura del surco palpebral con una sutura reabsorbible de 6/0.

Y por último cerramos piel con una sutura monofilamento no reabsorbible. Gracias a esta técnica conseguimos normalizar la altura palpebral y la sutura de la grasa previene que el surco palpebral superior quede demasiado alto.



Viernes, 12 de Junio

10:40–11:00 horas

CV-08

Reconstrucción de avulsión completa de párpado inferior diferida

Ignacio García Cruz, Eduardo Pedro López Palacio, Ana Puchol Crespo

Hospital Universitario de la Princesa

Caso clínico: Mujer de 50 años que acude a nuestra consulta un mes después de sufrir un accidente de tráfico. En Urgencias de otro centro se diagnosticó de fractura de pared lateral de la órbita izquierda asociada a fractura en trípode del arco cigomático, así como avulsión completa del párpado inferior izquierdo. Fue intervenida por Cirugía Maxilofacial, realizándose reducción y osteosíntesis de las fracturas, optando en ese momento por diferir la reconstrucción palpebral por ausencia de afectación corneal. A nuestra valoración presentaba una avulsión completa del párpado inferior izquierdo, con conjuntiva inflamada suturada a los remanentes de piel, sin lagofthalmos ni signos de lesión corneal. Se realizó reconstrucción palpebral mediante abordaje en dos planos: un injerto tarsoconjuntival del párpado superior derecho para la reconstrucción de la lamela posterior y un colgajo nasogeniano ipsilateral para la anterior. Se asociaron tiras de periostio medial y lateral para soporte estructural.

Discusión: Las avulsiones completas del párpado constituyen un reto quirúrgico que requiere la restauración anatómica y funcional de ambas lamelas, así como del soporte cantal. En defectos de espesor total, la reconstrucción en dos planos es fundamental para prevenir complicaciones.

En nuestro caso, la reconstrucción diferida añadió complejidad por fibrosis y alteración de los planos, secundarios al traumatismo y a la cirugía previa. Además, el estado del párpado superior ipsilateral limitaba la viabilidad de otras técnicas. La combinación de un injerto tarsoconjuntival contralateral anclado con tiras de periostio lateral y medial y un colgajo nasogeniano para la anterior.

Conclusión: En las avulsiones palpebrales completas el abordaje combinado mediante colgajos, injertos y anclaje perióstico permite obtener una reconstrucción estable, funcional y estética.



Viernes, 12 de Junio

10:40–11:00 horas

CV-09

Suspensión frontal con diseño rectangular: variante técnica en ptosis avanzada

*Alejandra Álvarez Brandt, Bazil Stoica, Natalia Monja Alarcón, Raquel Lapuente Monjas
Hospital Universitario de Fuenlabrada*

Objetivos: Describir una variante técnica de suspensión frontal mediante un diseño rectangular y evaluar sus ventajas en términos de simplicidad, control intraoperatorio y resultado estético.

Caso clínico: Paciente de 60 años con distrofia miotónica de Steinert y ptosis avanzada con oclusión del eje pupilar.

Se propone una variante de la técnica de suspensión frontal frente a los diseños clásicos (Fox o Crawford), consistente en un trayecto en forma de rectángulo. Se emplea sutura de prolene 3-0, con dos incisiones supraciliares (en cabeza y cola de ceja) y una incisión en el pliegue palpebral.

El segmento inferior del rectángulo se fija al tercio superior de la placa tarsal mediante varias suturas no reabsorbibles, ajustadas intraoperatoriamente para optimizar la altura y el contorno palpebral. Los cabos se anclan en la incisión superior a nivel de la ceja.

La técnica se presentará en un video paso a paso

Discusión: Las técnicas clásicas de suspensión frontal emplean configuraciones geométricas más complejas que pueden requerir múltiples incisiones y limitar el ajuste fino intraoperatorio.

La configuración rectangular simplifica el procedimiento, reduce el número de incisiones y permite un control más preciso de la tensión y del contorno palpebral. El uso de material no reabsorbible proporciona estabilidad en el tiempo, aspecto relevante en pacientes con miopatías.

Además, la localización de las incisiones en la región supraciliar mejora el resultado estético al evitar cicatrices frontales visibles.

Conclusiones: La suspensión frontal mediante diseño rectangular es una técnica sencilla y reproducible que permite un adecuado control intraoperatorio de la altura y el contorno palpebral, con menor número de incisiones y buen resultado estético. Representa una alternativa útil a las técnicas clásicas.