



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 I



Miércoles, 10 de junio

16:53–17:10 horas

CV-01

Evisceración en una paciente con Queratoprótesis de Boston tipo II

Elisa María Funes Pérez, Carlos Santana Plata, Laura Lavilla García, Erika Ruiz de Gopegui Bayo

Hospital Universitario Miguel Servet

Se presenta un vídeo que ilustra la técnica quirúrgica de evisceración en una paciente portadora de queratoprótesis de Boston tipo II, complicada con endoftalmitis y celulitis orbitaria refractaria a tratamiento antibiótico y vitrectomía.

Bajo anestesia general, se inicia el procedimiento con infiltración de anestésico local con epinefrina y apertura de la tarsorrafia previa mediante bisturí. Dadas las particularidades anatómicas de este tipo de queratoprótesis —con ausencia de tarso y conjuntiva—, la disección se lleva a cabo entre el músculo orbicular y la esclera subyacente utilizando tijeras de Wescott. Se delimita el borde protésico mediante medición circunferencial de 6 mm desde su centro y se realiza la incisión en la interfase prótesis-esclera.

Tras la exposición, se inspecciona la cara posterior de la prótesis y se procede a la evisceración del contenido ocular, obteniendo en este caso material purulento, granular blanquecino y sangre lícuada. En el estudio microbiológico se aislaron *Corynebacterium amycolatum* y *Streptococcus constellatus*. Se eliminan completamente los restos de vítreo, retina y coroides. Posteriormente, se efectúa una sección de la esclera posterior y anterior de III a IX horas con sección completa del nervio óptico. No se coloca implante orbitario debido al alto riesgo de reinfección dado el contexto de la paciente. En caso de colocar un implante, el material adecuado sería la silicona.

Se realiza limpieza exhaustiva de la cavidad escleral con gentamicina y povidona yodada, seguida de cierre escleral en doble plano con sutura de vicryl 6/0. La reconstrucción se completa con sutura intradérmica del músculo orbicular y cierre cutáneo continuo con seda 7/0. Finalmente, se aplica oclusión compresiva con pomada antibiótica y se programa control a las 24 horas.



Miércoles, 10 de junio

16:53–17:10 horas

CV-02

Orbitotomía anterior vía transcaruncular para cauterización de arterias etmoidales por epistaxis graves de repetición en paciente con Rendu-Osler

Joaquín Alonso Ciria, Beatriz Ventas Ayala, Marco Sales Sanz

Hospital Universitario Ramón y Cajal

Se presenta el vídeo de una orbitotomía anterior por vía transcaruncular y avance subperióstico para cauterizar las arterias etmoidales anterior y posterior.

Caso clínico: Mujer de 76 años con enfermedad de Rendu-Osler (telangiectasia hemorrágica hereditaria) y epistaxis de repetición graves con múltiples ingresos, transfusiones y embolizaciones (arterias maxilares internas, ramas esfenopalatinas y nasales/faciales). Ante la persistencia de epistaxis amenazantes, se plantea embolización de las arterias etmoidales, pero dado el elevado riesgo de ceguera por migración del material embólico a la arteria central de la retina, se opta por cauterización quirúrgica mediante abordaje orbitario.

Cirugía: En el vídeo se muestran todos los pasos del procedimiento: tracción del pliegue semilunar y la carúncula para exponer el punto de inicio del abordaje, descargas conjuntivales, hemostasia, disección con tijera hacia posterior y medial para exponer el periostio de la pared medial orbitaria, apertura del periostio con hoja del 15, desperiostización hacia posterior con desperiostizador, identificación y cauterización de la arteria etmoidal anterior y, tras continuar la disección subperióstica, de la arteria etmoidal posterior. Para finalizar, basta con retirarse y el contenido orbitario y periostio se reaplican sobre la pared medial sin necesidad de suturas.

Conclusiones: La orbitotomía anterior por vía transcaruncular constituye un abordaje seguro y eficaz para el control directo de las arterias etmoidales. Ofrece excelente exposición de la pared medial orbitaria, permite identificar y tratar ambas arterias de forma controlada y evita el riesgo de complicaciones vasculares retinianas inherente a la embolización endovascular. Es una alternativa especialmente indicada en pacientes con epistaxis refractaria (como la enfermedad de Rendu-Osler) en los que la embolización de ramas etmoidales supone un riesgo inaceptable de pérdida visual.

***No hay nivel de evidencia (vídeo de cx).**



Miércoles, 10 de junio

16:53–17:10 horas

CV-03

Perdigón intraorbitario: Extracción mediante abordaje transconjuntival del párpado inferior

*Lucía López Caballero, Bazil Stoica, Alejandra Álvarez Brandt, Tamara Palenzuela Álvarez
Hospital Universitario de Fuenlabrada*

Varón de 67 años que acude a urgencias por diplopía vertical de nueva instauración a la mirada inferior. Como antecedente destaca un traumatismo palpebral hace 10 años mientras estaba cazando. Se realizó un TAC orbitario observándose un cuerpo extraño de aspecto metálico extraconal en contacto con el músculo recto inferior. Como la diplopía le afectaba en su vida diaria se decide realizar la intervención quirúrgica para su retirada.

Se decide realizar un abordaje transconjuntival subtarsal del párpado inferior. Posteriormente se disecciona en el plano entre el músculo orbicular y el septo orbitario hasta llegar al reborde orbitario inferior. A continuación, se abre el periostio a nivel del arcus marginalis. Con ayuda del elevador Freer disecamos en el plano entre el suelo de la órbita y la periórbita. Se identifica una escotadura anómala a nivel del reborde orbitario inferior que nos hace pensar que este podría ser el trayecto de entrada del cuerpo extraño en la órbita. Posteriormente, se continúa la disección en el plano subperióstico hasta llegar a la zona en la que se observaba el cuerpo extraño metálico a nivel del TAC orbitario, se abre la periórbita, se entra en la grasa y extrae el cuerpo extraño en contacto con el músculo recto inferior. Posteriormente se procede al cierre por planos: periórbita y conjuntiva. El paciente presentó una evolución postoperatoria favorable con desaparición de la diplopía.

El abordaje transconjuntival del párpado inferior permite acceder a lesiones del suelo orbitario sin cicatriz cutánea. Esta técnica de entrada mediante disección en plano subperióstico, avanzando entre hueso y periórbita, permite abrir la periórbita únicamente en el punto exacto donde se localiza la lesión según el TAC, accediendo de forma dirigida y minimizando la manipulación de la grasa orbitaria y del resto de contenidos orbitarios.

No tenemos conflictos de interés financiero. Escala de evidencia científica: Nivel IV; fuerza de recomendación: Grado A.



Miércoles, 10 de junio

16:53–17:10 horas

CV-04

Injerto de fosa escafoidea para el tratamiento de la retracción palpebral inferior sobre injerto previo de paladar duro

*Blanca Eslava Valdivieso, Constanza Barrancos Julián, Marco Sales Sanz
Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda*

El objetivo es presentar la técnica quirúrgica de injerto de cartílago auricular de fosa escafoidea en un paciente con retracción palpebral inferior e injerto previo de paladar duro.

Se describe la técnica quirúrgica en tres pasos. En primer lugar, preparación del lecho receptor identificando el borde del injerto de paladar duro y el tarso, seguido de disección cuidadosa de la conjuntiva entre ambas estructuras, preservando tejido conjuntival suficiente para cubrir la porción superior del nuevo injerto y minimizar el contacto corneal. Se realiza disección meticulosa del injerto de paladar duro para liberarlo, mejorar su movilidad y facilitar su descenso. En segundo lugar, extracción del injerto auricular mediante diseño paralelo a la curvatura del hélix, incisión en el borde posterior del hélix y disección roma entre pericondrio y piel, utilizando agujas de insulina como guía para delimitar los bordes del injerto cartilaginoso. Por último, la colocación del injerto de fosa escafoidea respetando la curvatura fisiológica, sutura del injerto de paladar duro al nuevo injerto, y fijación a conjuntiva y tarso. Se finaliza con punto de Frost 24 horas.

Como conclusión, el injerto de cartílago de fosa escafoidea representa una opción quirúrgica válida en el manejo de la retracción palpebral inferior en pacientes con injerto previo de paladar duro, proporcionando soporte estructural adicional y minimizando complicaciones corneales. cuéntame caracteres

Nivel de evidencia caso clínico: Nivel IV.

Ninguno de los autores presenta conflicto de intereses.