

XXVIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PLÁSTICA OCULAR Y ORBITARIA

COMUNICACIONES EN PANEL

CAVIDAD ANOFTÁLMICA

CP01 Invasión intraocular de carcinoma escamoso conjuntival enmascarado

Dra. Johana Catalina Arboleda Hurtado, Dra. María Encarnación Correa Pérez, Dr. Ramón Medel Jiménez, Dra. Luz María Vásquez González

Objetivo: Recalcar la importancia de biopsiar lesiones aparentemente benignas.

Caso clínico: Paciente femenino de 58 años de edad que inicia con nódulo inflamatorio asintomático en conjuntiva nasal ojo derecho (OD). Fue manejada en otro centro como pingüecula con excisión simple con recidiva al mes cuya biopsia reportó carcinoma escamoso bien diferenciado en conjuntiva. Acude a nuestro centro en donde se evidenció lesión conjuntival nasal sobreelevada con agudeza visual de 1.0, resto de exploración normal. Se hace biopsia excisional, crioterapia y autoinjerto conjuntival con anatomía patológica (AP) que reportó carcinoma escamoso infiltrante queratinizante bien diferenciado. Luego inicia con múltiples recidivas de lesión conjuntival: una al cuarto mes desde la última biopsia (requiere segunda resección con injerto de membrana amniótica), la segunda recidiva al octavo mes asociada a disminución de agudeza visual en OD hasta 0.3 con desprendimiento de retina exudativo y formación sólida coroidea en pars plana. Inicialmente mejora con corticoterapia pero a los dos meses empeora hasta visión de movimiento de mano sin evidencia extensión orbitaria en la RMN orbitaria. Ante la sospecha de extensión intraocular se hace biopsia de la lesión mediante esclerotomía y colocación de parche de fascia lata (Tutoplast). La anatomía patológica de dicha muestra que reportó invasión intraocular de carcinoma escamoso conjuntival. Se decide enucleación y reconstrucción de fondos de saco en un segundo tiempo. Con buena evolución sin signos de recidiva tumoral después de 6 meses de seguimiento.

Discusión y conclusiones: Las neoplasias de células escamosas de superficie ocular tienden a enmascararse con lesiones benignas con lo cual el 50% de lesiones no son analizadas por la creciente tendencia a tratar estas lesiones con medicación tópica primaria retrasando el diagnóstico y aumentando el riesgo de extensión orbitaria aunque sea poco frecuente.

E-mail autor: catalina.arboleda@gmail.com

CP02 Injerto dermograso en queratoprótesis tibial extruida. A propósito de un caso

*Dra. Ariann Hania Dyer Ricketts, Dra. Ainhoa Martínez Grau,
Dra. Marta Carrera Tarres, Dra. Laura Fernández del Cotero
Secades*

Objetivo: Demostrar la utilidad del injerto dermograso en la reconstrucción de una queratoprótesis tibial extruida.

Caso clínico: Paciente varón de 40 años con antecedentes de causticación bilateral en setiembre del 2016. En junio de 2017, acude a nuestro centro donde se opera de queratoprótesis tibial en ojo izquierdo con injerto de mucosa oral. Tres semanas después, la mitad superior de la pieza tibial se extruye en su totalidad, se necrosa la mucosa bucal en la zona contigua al cilindro óptico y se observa retracción severa del párpado superior e inferior. Se decide realizar una reconstrucción de la superficie ocular utilizando un injerto dermograso, obtenido de la zona temporal superior del glúteo de 20x30mm. La zona donante se cierra por planos utilizando suturas de vicryl de 5-0 y de seda 6-0. Tras retirar el tejido necrótico de la mucosa oral y revitalizar los bordes del tejido sano, se coloca el injerto sobre la prótesis tibial y se sutura con múltiples puntos de vicryl 7-0 y se realiza una tarsorrafia total dejando la zona del cilindro óptico libre. Se coloca vendaje y pomada antibiótica. Al cabo de un mes, la mucosa oral ha epitelizado correctamente encima del injerto, quedando una zona de 1mm de 12 a 15h por epitelizar, que no compromete su viabilidad.

Discusión y Conclusiones: Existen múltiples indicaciones para el uso del injerto dermograso en el campo de la oculoplastia, especialmente en casos con cavidades anoftálmicas. Creemos que es interesante aportar este caso con el correspondiente seguimiento fotográfico ya que demuestra una nueva utilidad de los injertos dermograsos, no descrita anteriormente, en queratoprótesis tibiales extruidas, sobre todo en los casos donde ya se ha utilizado previamente un injerto de mucosa oral, dado que ayudan a conservar la integridad y funcionalidad de la osteoqueratoprótesis.

E-mail autor: arianndyer@hotmail.com

CP03 **Listeriosis invasiva con endoftalmitis y meningoencefalitis: la enucleación es la solución**

Dr. Xavier Graell Martín, Dra. Vanesa Cuadrado Claramonte, Dra. Nuria Ibáñez Flores, Dr. Sebastián Prieto Briceño

Presentamos el caso clínico de un varón de 81 años procedente de zona rural de Perú que viene de visita a España. Como antecedente presenta un DR en su OI no tratado en su país con una visión de NPL. Acude a urgencias por presentar un cuadro compatible con un glaucoma neovascular y se remite al hospital terciario para cirugía que no se realiza. 14 días más tarde ingresa en Medicina Interna por un cuadro compatible con colangitis junto con aumento del dolor del OI y secreciones conjuntivales. Tiene un empeoramiento clínico progresivo hacia una meningitis con rombencefalitis y abscesos cerebrales, requiriendo traslado a la UCI. Se le practican hemocultivos siendo positivos para la *Listeria Monocytogenes* Nos interconsultan entonces por persistencia de OI rojo y secreción marronácea, donde objetivamos perforación ocular. Se decide realizar una evisceración cambiando a enucleación en el mismo quirófano por gran desestructuración de la esclera y la periórbita, sin implante orbitario por el alto riesgo de contaminación de la prótesis. El cultivo de las secreciones confirma la presencia de la *Listeria* y la AP de necrosis en parte de todas sus capas.

Tras 8 semanas con tratamiento endovenoso de Ampicilina y la enucleación, el paciente mejora la clínica hasta recibir el alta con tratamiento antibiótico oral. En nuestro caso la secuencia más probable fue el contagio a través de algún alimento contaminado con la *Listeria* y que ésta produjera un cuadro de gastroenteritis, bacteriemia con endoftalmitis endógena y de allí migrara hasta producir la meningoencefalitis y los abscesos cerebrales. La enucleación por parte del oculoplástico junto con la antibioterapia adecuada ayudó a mejorar el cuadro sistémico ya que el ojo era un reservorio importante de la bacteria y una fuente de contagio para las meninges y el cerebro. La interconsulta llegó muy tarde en este caso, omitiendo la importancia del ojo en el cuadro infeccioso de este paciente.

E-mail autor: x.graell@pssjd.org

CP04 Síndrome compartimental orbitario agudo secundario a malformación linfática. A propósito de un caso

Dra. Salomé Abenza Baeza, Dra. Inés Yago Ugarte, Dra. Carmen Hernández Martínez, Dr. José María Marín Sánchez

Las malformaciones linfáticas son dilataciones vasculares benignas presentes al nacer.

Son más comunes en otras localizaciones, siendo infrecuentes a nivel orbitario. Suelen ser de localización preseptal, por lo que el sangrado agudo permite realizar su tratamiento de forma diferida.

Niña de 4 años que acude a urgencias por proptosis de 2 días de evolución. En la exploración se objetiva una ortotropía, marcada proptosis orbitaria derecha, así como una restricción de la motilidad ocular extrínseca (MOE) con conservación de los reflejos pupilares (RP). El TC y RMN realizadas de urgencia, evidenciaron la presencia de una masa lobulada intraconal postseptal que rodea nervio óptico, de predominio sólido-quístico, sin remodelación ni destrucción ósea. Se inició tratamiento con metilprednisolona y rapamicina con control horario de los RP. En las primeras horas, se objetivó un agravamiento de la proptosis y aparición de un defecto pupilar absoluto, lo que motivó el abordaje quirúrgico urgente. Se realizó un drenaje por vía transconjuntival medial de parte del contenido tumoral y hemático, con colocación de drenaje. En las semanas posteriores se observó una desaparición de la proptosis con normalización de la MOE y de los RP. A pesar de su baja frecuencia, las malformaciones linfáticas orbitarias es uno de los posibles diagnósticos diferenciales de la proptosis aguda en edad pediátrica. El manejo de éste tipo de lesiones es controvertido. Se han propuestos diferentes tratamientos, tanto a nivel local (inyección intralesional de esclerosantes o exéresis quirúrgica), como a nivel sistémico (Sildenafil, Propanolol y Rapamicina). En nuestro caso, la localización postseptal junto con la evidencia de compresión del nervio óptico, obligaron al abordaje quirúrgico. Tras un año en tratamiento con rapamicina, la evolución ha sido muy favorable con una reducción significativa de la masa tumoral y sin efectos secundarios.

E-mail autor: salomeabenza@gmail.com

CP05 Dacriocistitis crónica, lo que puede esconder

Dra. Minal Belani Raju, Dra. Alicia Galindo Ferreiro, Dra. Victoria Marqués Fernández

Exposición: Se presenta el caso de un paciente que acude por dacriocistitis aguda izquierda de repetición, y en su estudio se diagnostica de carcinoma de células basales.

Tras cirugía radical de hemicara, se obtiene como resultado de anatomía patológica: carcinoma epidermoide con diferenciación a células sebáceas.

Anamnesis. Hombre de 59 años con epífora y episodios sucesivos de dacriocistitis izquierda.

Exploración física: Masa cantal interna izquierda. Vías lagrimales en ojo izquierdo: reflujo por superior. Biopsia de saco lagrimal obtenida de dacriocistorrinostomía externa izquierda por imposibilidad de cirugía endonasal evidencia carcinoma de células basales.

Pruebas complementarias: Tomografía axial computada y Resonancia nuclear magnética de órbita y cerebro: tumoración heterogénea en saco lagrimal izquierdo que compromete extensamente hemicara izquierda. Protruye en órbita, sin infiltración de globo ocular ni de musculatura orbitaria extrínseca. Parénquima encefálico sin lesiones.

Diagnósticos: Tumoración de saco lagrimal-seno maxilar izquierdo con extensión orbitaria.

Tratamiento: Maxilectomía izquierda a través de línea media, exenteración de ojo izquierdo y resección de órbita. Reconstrucción mediante colgajo e injerto dermograso para soporte de órbita.

Evolución: Anatomía patológica: carcinoma epidermoide con diferenciación a células sebáceas con bordes afectos.

En evaluación multidisciplinar se decide realización de intervención quirúrgica con radioterapia posterior.

Discusión: Los tumores malignos primarios de saco lagrimal son muy raros y se presentan con epífora, masa dolorosa y dacriocistitis a repetición.

El manejo de estos tumores de vía lagrimal debe ser agresivo, incluyendo cirugía y radioterapia postoperatoria, y debe contar con la colaboración de varios especialistas.

E-mail autor: minalbelani@gmail.com

CP06 Fascitis necrotizante periocular no progresiva por *Citrobacter freundii* y *Stenotrophomonas maltophilia*: a propósito de un caso.

Dra. Gibet Benejam, Dr. Matías Almena, Dra. Mercè Salvat, Dr. Pere Romero-Aroca

Caso Clínico: Reportamos un caso inusual de fascitis necrotizante palpebral con limitación del área de necrosis con antibioterapia. Paciente de 61 años sin antecedentes de interés que consultó a urgencias por enrojecimiento, edema y dolor palpebral derechos de dos días de evolución que había empeorado en las últimas horas con fiebre de 38°C. A la exploración impresionaba de inflamación y edema periorbitario, con quemosis y limitación de la motilidad extraocular, por lo que se diagnostica de celulitis orbitaria, se solicita TC de órbitas que es normal y se ingresa con gentamicina y cloxacilina endovenosas. A las 24h evolucionó a fascitis necrotizante palpebral con escaras infraorbitarias que se cultivaron y extensión del edema y eritema a tensión hasta la rama mandibular. El caso se estabilizó correctamente, con recuperación de la motilidad extraocular con tratamiento antibiótico endovenoso, sin precisar de desbridamiento quirúrgico. El resultado microbiológico posterior resultó ser positivo para *Citrobacter freundii* y *Stenotrophomonas maltophilia* .

Discusión: La fascitis necrotizante es una infección de tejidos blandos potencialmente devastadora con un alto índice de morbilidad. La etiología suele ser por Estreptococos o polimicrobiana, afectando a pacientes previamente inmunocomprometidos frecuentemente o a inmunocompetentes sanos como el caso que ocupa. Por todo eso, un alto índice de sospecha es crucial así como una pronta intervención quirúrgica agresiva para prevenir la rápida diseminación de la infección por los planes fasciales.

Conclusiones: El caso que describimos es inusual, sin factores de riesgo para fascitis necrotizante, ni traumatismos previos en el área afecta. A pesar que destacamos la importancia del desbridamiento quirúrgico agresivo como parte esencial del tratamiento en la mayoría de casos, nuestro paciente desarrolló una infección severa y desfigurante de la cara que se limitó con antibioterapia endovenosa sin necesidad de dicha intervención.

E-mail autor: gibetbenejam@gmail.com

CP07 Exenteración orbitaria y reconstrucción con colgajo pediculado distal

*Dra. María Teresa Carrión Donderis, Dra. Alba Parrado Carrillo,
Dr. Santiago Ortiz Pérez, Dr. Cristóbal Langdom, Dr. Francisco
Fernández Avilés*

Caso clínico: Paciente varón de 66 años con historia de anosmia de 1 año de evolución. Tras evaluación por otorrinolaringología, se realizaron diferentes exploraciones incluyendo Tomografía Computarizada y Resonancia Magnética que mostraron una lesión en el seno maxilar izquierdo con extensión orbitaria. La biopsia reportó un carcinoma escamoso moderadamente diferenciado. Al examen oftalmológico destacaba proptosis, hiperglobo, quemosis y ptosis palpebral. La agudeza visual era de 0.7 en ese ojo, con restricción de todos los movimientos extraoculares e hipoestesia del infraorbitario. Tras valoración por un comité multidisciplinar se planteó abordaje quirúrgico y tratamiento adyuvante posterior. La cirugía consistió en una exenteración orbitaria ampliada a seno maxilar, vaciamiento ganglionar cervical bilateral y reconstrucción de la cavidad mediante colgajo distal del vasto lateral de cuádriceps femoral, anastomosando el pedículo vascular al paquete temporal superficial.

Discusión: Los tumores orbitarios secundarios, originados en tejidos adyacentes, pueden representar hasta un tercio de los tumores orbitarios malignos, originándose más frecuentemente en los senos paranasales, especialmente en el maxilar. Suelen manifestar síntomas de manera tardía por lo que pueden presentar infiltración orbitaria al momento del diagnóstico. El tratamiento aceptado para tumores malignos que invaden la órbita es la resección radical, frecuentemente acompañada de tratamientos adyuvantes, por lo que la reconstrucción de la cavidad debe adaptarse a las necesidades terapéuticas.

Conclusión: La exenteración orbitaria es una cirugía mutilante con repercusiones anatomofisiológicas y psicológicas muy importantes, por lo que se reserva como tratamiento de patologías potencialmente mortales que no sean subsidiarias de un tratamiento más conservador. Es importante valorar estos casos en equipos multidisciplinarios para asegurar una visión global con aportaciones expertas de cada especialista.

E-mail autor: mteresacarriond@gmail.com

CP08 Enfermedad inflamatoria orbitaria idiopática. Un reto diagnóstico

Dra. María Pilar Criado Muñoz, Dra. María Inmaculada Díez Guerra, Dra. Carolina Mateos Vicente, Dr. José García Hinojosa

Objetivos: Presentar a través de un caso clínico, pautas para su correcto diagnóstico y enfoque terapéutico.

Caso clínico: Mujer, 41 años. Acude por inflamación palpebral izquierda, progresiva, aguda, con dolor, diplopía y limitación de la supraducción del ojo izquierdo. La agudeza visual, la PIO, el polo anterior y posterior eran normales. En el TAC se observa infiltración de la grasa orbitaria izquierda superior y externa, que comprime y deforma el globo ocular, y engrosa los músculos recto superior y lateral.

Con la sospecha de enfermedad inflamatoria orbitaria se solicita analítica con IgG4 e IgG totales + perfil tiroideo. Se inicia tratamiento oral con corticoides y se planifica biopsia orbitaria.

Una semana después ha mejorado el edema y la diplopía. En la Resonancia Magnética se evidencia reducción del tamaño de la lesión. Analítica: IgG4 76.9 e IgGtotal 1049. Perfil tiroideo normal. La biopsia confirmó inflamación linfoplasmocitaria a nivel de la glándula lagrimal.

Se mantuvo el tratamiento corticoideo 6 meses, desapareciendo la lesión. Se remitió a la paciente a medicina interna y continuó revisiones periódicas en nuestra consulta.

Discusión: La enfermedad inflamatoria orbitaria es la tercera patología más frecuente de la órbita. Son lesiones ocupantes de espacio, no infecciosas y no tumorales. La clínica varía en función de la localización, el grado de inflamación y el efecto masa. Suele ser aguda y unilateral. Puede acompañarse de elevación sistémica de las IgG4. La mayoría responden a corticoides. Conclusiones: Se ha incrementado el interés por una enfermedad de causa aún desconocida y que abarca un amplio espectro de alteraciones que comparten características patológicas, serológicas y clínicas. El diagnóstico es por exclusión y requiere de un estudio histológico. La observación y el seguimiento de estos pacientes es fundamental, pues pueden desarrollar linfomas.

Nivel de evidencia I, Grado de recomendación A.

E-mail autor: pilar.criado@infonegocio.com

CP09 Carcinoma Adenoide quístico (AdCC) que involucra ambas órbitas a nivel medial

Dra. Yésica de la Fuente Díez, Dra. Adriana Velasco y Levy, Dra. Osiris Olvera Morales, Dr. José Luis Tovilla Canales

Introducción: El AdCC es un tumor epitelial raro que proviene de tejidos glandulares. El AdCC crece lentamente y tiende a recidivar a nivel local, infiltra tejidos perineurales y se disemina a ganglios linfáticos.

Su mortalidad supera el 50% y precisa un tratamiento agresivo. Describimos un caso de AdCC que involucra ambas órbitas.

Caso Clínico: Mujer de 74 años acude a consulta por dolor periorbitario de 4 meses de evolución. Presenta ptosis de ojo izquierdo(OI) y se palpa una masa superonasal bilateral.

La tomografía computarizada (TC) reporta una masa a nivel nasal de ambas órbitas con erosión de huesos adyacentes.

El examen histológico de la biopsia incisional reportó un AdCC.

La paciente es enviada a un hospital multidisciplinario y se maneja con radioterapia orbitaria y quimioterapia.

Discusión: El AdCC a nivel orbitario suele desarrollarse en la glándula lagrimal principal. En este caso se encuentra en una localización inusual, puede provenir de glándulas lagrimales ectópicas, glándulas lagrimales accesorias, glándulas salivares menores o metástasis de un tumor primario de la glándula lagrimal.

Conclusión: La paciente presenta un AdCC que involucra ambas órbitas a nivel medial. Se maneja de manera conservadora a pesar del alto índice de mortalidad con el objetivo de preservar la capacidad visual de la paciente.

E-mail autor: jescadelafontediez@gmail.com

CP10 Retracción palpebral unilateral de resolución espontánea asociado a orbitopatía tiroidea. A propósito de un caso

Dra. Sofía de la Riva Fernández, Dr. Carlos Sierra Alonso, Dr. Joan Ribas Martínez, Dr. Marius Passarell de Cobacho

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón fumador de 52 años que acude al centro por presentar una retracción palpebral del OD de 3 meses de evolución.

Aporta un TAC orbitario que muestra una proptosis ocular y una analítica sanguínea sin alteraciones con una función tiroidea normal.

El paciente no muestra otros antecedentes patológicos de interés y refiere antecedentes familiares de patología tiroidea.

A la exploración destaca una AV de 0,4(1) sc en ao. No muestra diplopía ni alteraciones en los MOE's. Bajo biomicroscopía se observa hiperemia conjuntival, retracción palpebral del OD, PIO y FO normal, y no se evidencia exoftalmos.

Se realiza una RM orbitaria y un CV, que resultan normales; además de una analítica sanguínea con función tiroidea normal y TSI levemente positivos. Se concluye que se trata de una oftalmopatía tiroidea (OT) unilateral en un paciente eutiroides y se inicia tratamiento conservador.

A los 3 meses, la analítica del paciente muestra una función tiroidea normal con TSI indeterminados, y en la exploración la retracción del OD se mantiene estable.

A los 6 meses, el paciente ya no muestra retracción palpebral en OD ni otros signos ni síntomas acompañantes.

Discusión: La orbitopatía tiroidea se asocia usualmente al hipertiroidismo y su presentación mayoritariamente es bilateral. Presentamos el caso de un paciente eutiroides con afectación unilateral, que presenta una resolución espontánea de la clínica al cabo de los meses.

Los pacientes eutiroides presentan más probabilidad de presentar una OT de menor actividad y afectación unilateral, y el valor de TSI resulta más sensible en estos casos.

Conclusiones: En los casos raros de oftalmopatía tiroidea unilateral, debemos realizar un diagnóstico diferencial que incluya: tumores orbitarios, pseudotumor, linfoma, sarcoidosis, y celulitis entre otros. Nivel de evidencia científica: IV.

E-mail autor: delariva.sofia@gmail.com

CP11 Granuloma no caseificante en región periocular como primer hallazgo de sarcoidosis sistémica

Dra. Lucía Díaz Cabanas, Dra. Minal Belani Raju, Dra. Alicia Galindo Ferreira

Introducción: Presentamos un caso clínico en el que un granuloma no caseificante periorbitario en zona de herida perforante antigua es la primera manifestación de la sarcoidosis sistémica.

Caso clínico: Mujer de 29 años que refiere crecimiento de masa supraorbitaria y frontal derecha en un mes. A la exploración se evidencia masa de 2cm de diámetro, adherida a planos profundos en relación a cicatriz sobre ceja, región del paquete supraorbitario derecho con extensión frontal. El resto de exploración oftalmológica es normal. Como antecedente refiere hace 20 años traumatismo craneoencefálico con herida abierta en ceja.

La TAC orbitaria describe tumoración sólida ciliar y supraciliar derecha de 3 cm con erosión de la cortical frontal. Se realiza biopsia escisional por la cicatriz.

La anatomía patológica determina granuloma no necrotizante con cuerpos extraños.

A los 3 meses de la biopsia, la masa recurre, por lo que se decide inyección local de corticoides, sin mejoría.

El estudio sistémico revela adenopatías mediastínicas e hiliares sugestivas de sarcoidosis, no susceptible de tratamiento sistémico.

Al año la masa sigue creciendo, produciendo asimetría de la región frontal derecha.

Conclusiones: El material de cuerpo extraño (sílice) atrapado en zonas de heridas antiguas perforantes, es un estímulo para el desarrollo de granulomas no caseificantes en pacientes con sarcoidosis.

Pacientes con granulomas no caseificantes con cuerpos extraños deben evaluarse para descartar sarcoidosis sistémica.

(Nivel IV)

E-mail autor: luciadc197@gmail.com

CP12 Celulitis Preseptal

Dra. Enara Etxabe Agirre, Dra. Raquel Bañón Navarro, Dra. Assumpció Gorro Miró, Dr. Francisco José Ramos Martí

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con celulitis preseptal y revisar epidemiología y manejo de esta patología.

Tipo de estudio estadístico: Presentación de un caso.

Material y Métodos: Descripción de un caso clínico y revisión de literatura. Presentamos el caso de un paciente de 50 años que acude a urgencias por gran inflamación eritematosa palpebral superior y periorbitaria derechas de 5 días de evolución y herida con salida de material purulento en párpado superior tras traumatismo contra una pared. Se realiza TAC ante la imposibilidad de exploración ocular por el gran edema a tensión descartándose celulitis orbitaria y se ingresa para tratamiento intravenoso de vancomicina y ceftacídima, con buena respuesta y evolución favorable.

Discusión: La celulitis preseptal es una infección del párpado y tejidos blandos periorbitarios superficiales que no afecta a globo ocular u órbita. Ocurre más frecuentemente que la celulitis orbitaria y se suele asociar a un mejor pronóstico. Los patógenos más frecuentemente implicados son el *S. pneumoniae*, *S. aureus* y *S. pyogenes*, y suele estar causado por inoculación directa tras traumatismo o picadura de insecto, por extensión de infecciones vecinas (sinusitis, dacriocistitis, orzuelos...) o por propagación a través de la sangre. El tratamiento, a base de antibióticos de amplio espectro, puede ser oral ante infección leve o paciente afebril, pero puede requerir tratamiento intravenoso ante casos más graves con posibilidad de extensión orbitaria.

Conclusiones: Aunque la celulitis preseptal se trata de una patología de menor gravedad que la celulitis orbitaria, es importante saber distinguir estas dos entidades y el correcto diagnóstico y tratamiento van a ser claves para evitar complicaciones graves.

CP13 Miositis secundaria a cuerpo extraño vegetal intraorbitario oculto

Dra. Lorena Fernández Montalvo, Dra. Nuria Ibáñez Flores, Dra. Carolina Bruzual Lezama, Dra. Vanesa Cuadrado Claramonte

Objetivo: El objetivo de este artículo es presentar un caso clínico de un cuerpo extraño vegetal (CEV) intraorbitario de difícil diagnóstico mediante pruebas de imagen.

Métodos: Paciente varón de 28 años con antecedentes de fractura de suelo orbitario dos años antes secundaria a accidente de tráfico que refiere hiperemia ocular izquierda y diplopía binocular de un mes de evolución. La exploración de la motilidad ocular extrínseca mostraba una limitación a la supraducción y a la abducción del ojo izquierdo (OI). La tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética nuclear (RNM) que se realizaron mostraban inflamación-miositis del recto inferior izquierdo (RII). Fue tratado con corticoides orales con mejoría que desaparecía tras su retirada. Ante la sospecha de un CEV intraorbitario y la persistencia de los síntomas, se realizó una cirugía exploratoria y se biopsió el RII y el tejido inflamatorio adyacente con toma de muestras para cultivo de las secreciones conjuntivales. Las dos muestras de tejido fueron informadas como tejido inflamatorio inespecífico y en el cultivo creció *Haemophilus influenzae*. Se pautó tratamiento antibiótico prolongado. Tras un año de seguimiento, se realizó una cirugía de estrabismo para resolver la diplopía durante la cual encontramos un CEV de gran tamaño. Tras la retirada del mismo, se produjo la remisión de la sintomatología.

Conclusiones: Los CEV intraorbitarios constituyen un reto diagnóstico. La TC es la modalidad de imagen considerada gold standard para el estudio de cuerpos extraños en la órbita, sin embargo resulta de vital importancia tener una alta sospecha para su diagnóstico radiológico.

E-mail autor: lorenafmontalvo@gmail.com

CP14 Rabdomyosarcoma orbitario: a propósito de un caso

Dra. Irene García del Moral, Dra. Irene Temblador Barba, Dr. Juan Francisco Martínez Jerez, Dr. Carlos Gálvez Prieto-Moreno

Objetivos: Nuestro objetivo es describir un caso reciente de rabdomyosarcoma orbitario y su evolución clínica.

Caso clínico: Varón de 6 años que acude al servicio de Urgencias de nuestro hospital por estrabismo de reciente aparición. Desarrolló en los días siguientes una proptosis rápidamente progresiva de su ojo derecho. La resonancia solicitada mostró una tumoración orbitaria superointerna con desplazamiento inferotemporal del globo y efecto de masa sobre los músculos recto superior, recto medial y oblicuo; existiendo a nivel del ápex orbitario cierto efecto compresivo del nervio óptico. La agudeza visual era de 0,7 en el OD y de 1 en el OI. Se realizó una biopsia incisional urgente siendo el diagnóstico anatomopatológico rabdomyosarcoma embrionario. El estudio de extensión fue negativo. El paciente recibió quimioterapia según protocolo EpSSG RMS2005. Se intervino en un segundo tiempo para extirpar posibles restos tumorales y la anatomía patológica mostró que no había evidencia de tumor. El paciente continúa el tratamiento con QT y se encuentra libre de enfermedad.

Discusión: El rabdomyosarcoma es la tumoración orbitaria maligna más frecuente en niños y la neoplasia de partes blandas más frecuente durante la niñez. Suele ser unilateral, en la órbita superonasal y afecta a varones con mayor frecuencia. Presenta extensión local agresiva en la órbita y diseminación hematógena a los pulmones y los ganglios linfáticos cervicales. De los diferentes tipos el más frecuente es el embrionario, el pleomórfico el menos frecuente y de mejor pronóstico y el alveolar es el que tiene peor pronóstico. La supervivencia a los 3 años con QT y RT es del 90%, llegando al 100% si solo hay afectación orbitaria.

Conclusiones: Ante un cuadro de proptosis súbita en un niño debe realizarse una prueba de imagen urgente así como una biopsia que permita acelerar el diagnóstico y tratamiento todo lo posible. Si la enfermedad está localizada en la órbita y con tratamiento el pronóstico es bueno.

CP15 Orbitopatía IgG4, la gran simuladora

Dra. Berta García Tomás, Dra. Salomé Abenza Baeza, Dra. Eugenia Gijón Vega, Dra. Inés Yago Ugarte

Objetivo: Mostrar la variabilidad de presentación de la Enfermedad relacionada con la IgG4 (ER-IgG4).

Caso clínico: Varón de 49 años, que consulta por ptosis palpebral izquierda de un mes de evolución. A la exploración, objetivamos edema palpebral que ocasiona ptosis moderada y aumento de partes blandas sin dolor junto a leve hipotropía del ojo izquierdo. Ante la sospecha de tumor orbitario, solicitamos un TAC de órbita que es informado como engrosamiento difuso muscular e infiltración de partes blandas sin destrucción ósea, sugestivo de pseudotumor inflamatorio versus linfoma. Semanas más tarde el paciente consulta por tumoración bilateral en ángulo mandibular, por lo que ante la sospecha de ER-IgG4 realizamos una analítica, que muestra valores de IgG4 muy altos. Se solicita interconsulta a maxilofacial que decide realizar punción ecoguiada parotídea. El resultado anatomopatológico muestra celularidad linfoide abundante sin criterios para diagnóstico de neoplasia. Iniciamos tratamiento con metilprednisolona a altas dosis con buena respuesta y tolerancia, actualmente en pauta descendente sin recidiva de la inflamación orbitaria, parotídea ni de la ptosis.

Discusión: La ER-IgG4 es una entidad de etiopatología desconocidas, caracterizada por fibrosis estoriforme de distintos órganos, infiltrado linfoplasmocitario con células positivas para IgG4 y niveles séricos elevados de IgG4 en la mayoría de casos. Nuestro paciente cumple criterios clínicos y serológicos diagnósticos de ER-IgG4 según Okazaki et al.

Conclusión: La ER-IgG4 es una alteración multisistémica que puede simular multitud de enfermedades, algunas potencialmente mortales. No existen criterios diagnósticos establecidos y se está investigando, sobre todo en pacientes con IgG4 sérica normal, la presencia de plasmoblastos como marcador de actividad de la enfermedad. Aunque los corticoides son el tratamiento de elección, existen nuevos fármacos como el anti-CD19 con resultados prometedores. Evidencia IV

E-mail autor: bgarciatomas@gmail.com

CP16 Presentación atípica de un linfoma orbitario

Dr. Eric Kirkegaard Biosca, Dra. Mónica Bergés Martí, Dr. Tirso Alonso Alonso, Dr. Miguel Ángel Arcediano Sánchez

Objetivo: Presentar un caso de presentación atípica de linfoma orbitario

Caso clínico: Se presenta un paciente con una tumoración en tercio medial del párpado superior derecho de meses de evolución, de consistencia quística. La TC mostró una lesión de partes blandas a nivel postseptal extraconal anterosuperomedial de la órbita izquierda, sin signos de infiltración, con márgenes bien definidos, densidad homogénea, morfología oval y diámetros de 26 x 12 x 15 mm. Se orientó como lesión quística y se realizó cirugía (biopsia excisional) mediante orbitotomía anterior. El estudio anatomopatológico fue compatible con linfoma marginal extranodal tipo MALT. Las pruebas de imagen posteriores no evidenciaron restos tumorales, por lo que se decidió controlar al paciente sin ningún tratamiento adyuvante. Un año después el paciente se encuentra libre de enfermedad, sin ningún signo de recidiva tumoral.

Discusión: El linfoma orbitario es una patología infrecuente. El subtipo más habitual es el extranodal marginal MALT tipo B (>70-80% de los casos). Las opciones terapéuticas incluyen cirugía, quimioterapia y radioterapia, siendo ésta última el tratamiento estándar para tumores localizados. La quimioterapia se emplea sobre todo cuando existe afectación sistémica. El rol de la cirugía suele quedar restringido a la biopsia incisional diagnóstica.

Conclusión: En determinados linfomas bien localizados y sin signos de invasión local o sistémica, la cirugía puede ser el tratamiento definitivo.

E-mail autor: kirkegaard.biosca@gmail.com

CP17 Supervivencia en un caso de aspergillosis de apex orbitario

Dra. Amparo Lanuza García, Dra. Amparo Pérez Mestre

Objetivo: El síndrome del ápex orbitario (SAO) es un cuadro grave pero afortunadamente poco frecuente que implica un compromiso de la órbita con afectación del nervio óptico en el ápex. El diagnóstico etiológico suele ser difícil. Presentamos un caso de infección por aspergillosis esfenocavernosa que se manifestó con un SAO.

Caso clínico: Mujer de 70 años, diagnosticada de linfoma no Hodgkin tipo MALT, gammapatía monoclonal, VHC, que presenta un III par completo del ojo derecho, con dolor orbitario, que no cede al tratamiento, además empeora con afectación del VI y II par. En el estudio radiológico se observa una ocupación esfenocavernosa derecha que afecta al ápex orbitario englobando al nervio óptico. El quiasma está respetado. La biopsia realizada con neuronavegador resultó una infección por *Aspergillus*. En el Tac torácico-abdominal no se evidenciaron focos de aspergillosis sistémica.

El tratamiento intravenoso con Anfotericina B liposomal y Voriconazol evitó la diseminación cerebral y quiasmática de la infección. Continuó con tratamiento oral con Voriconazol 200 mgr cada 12h durante 6 meses.

La motilidad ocular mejoró pero no recuperó la visión. En los controles radiológicos persiste el foco de aspergillosis sin cambios durante 3 años.

Discusión: El SAO puede deberse a varias causas siendo rara la patología por *aspergillus* que es una infección oportunista en pacientes inmunodeprimidos. Casi siempre hay infección broncopulmonar con diseminación hematogena; o consecuencia de la propagación contigua desde un foco adyacente como los senos paranasales. La Aspergillosis sistémica requiere terapia antimicótica, en algunos casos ésta detiene la infección pero no la cura hasta que el paciente no mejore su estado inmunodeprimido.

Conclusión: Ante cualquier SAO en inmunodeprimidos debemos sospechar la presencia de una infección oportunista sin otros indicios. El diagnóstico correcto y rápido puede evitar consecuencias desafortunadas.

E-mail autor: lanuza_amp@gva.es

CP18 Enfermedad relacionada con IgG4 asociada a un cáncer de colon

Dra. Stéphanie Lemaitre, Dra. Gemma Mateu Esquerda, Dr. Nicolae Sanda, Dr. Miguel González Candial

Objetivos: La etiología de la enfermedad relacionada con IgG4 (IgG4-related disease o IgG4-RD) es ambigua. En algunos estudios se ha llegado a comprobar que el cáncer tiene un papel desencadenante en algunos pacientes. Presentamos un caso inusual de IgG4-RD con desarrollo orbital bilateral asociado con cáncer de colon.

Caso clínico: Un hombre de 78 años que presentó una proptosis derecha progresiva. Las imágenes orbitales mostraron infiltración inflamatoria de la grasa orbitaria y los músculos rectos lateral y medial. El diagnóstico inicial fue una inflamación orbital no específica. La proptosis disminuyó con los esteroides. El paciente fue diagnosticado posteriormente de cáncer de colon y tratado solo con cirugía. Ocho meses después de la colectomía se encontró una masa abdominal y se realizó el diagnóstico de IgG4-RD en biopsias. Esta masa respondió a esteroides y rituximab. En el curso de IgG4-RD, el paciente desarrolló una perineuritis óptica bilateral.

Discusión: El cáncer es 2,5 veces mayor en pacientes con IgG4-RD que en la población general. Por lo tanto, el cáncer puede representar un desencadenante de IgG4-RD en ciertos pacientes. En el paciente que presentamos, la cronología de IgG4-RD y del cáncer de colon sugiere la posibilidad de que IgG4-RD sea un síndrome paraneoplásico; hasta donde sabemos, nunca ha sido descrito como tal.

La perineuritis óptica debido a la infiltración inflamatoria directa de la vaina del nervio óptico es un hallazgo raro en IgG4-RD. Este es el cuarto caso reportado de perineuritis óptica secundaria a IgG4-RD.

Conclusiones: Divulgamos un caso único de IgG4-RD asociado con cáncer de colon y planteamos la posibilidad de que IgG4-RD sea un síndrome paraneoplásico en algunos pacientes. El cribaje del cáncer probablemente debería realizarse en algunos pacientes ancianos diagnosticados con IgG4-RD.

Nivel de evidencia científica V (case report).

E-mail autor: lemaildestephanie@gmail.com

CP19 Cancelado

CP20 Sarcoidosis de la glándula lagrimal como manifestación inicial de la enfermedad

Dra. Ana López Montero, Dr. Raúl Martínez Belda, Dra. Irene Gil Hernández, Dr. Antonio Duch Samper

Objetivo: Considerar la afectación sarcoidea en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones orbitarias.

Caso clínico: Mujer de 78 años que acude por ptosis y edema palpebral en el ojo derecho de 6 semanas de evolución, y disminución de AV.

Sin antecedentes personales de interés, salvo HTA.

En la exploración destaca la existencia de una masa palpable de consistencia sólida en reborde orbitario temporal superior derecho, leve restricción a la supradextroversion y ptosis en S itálica. Su AV era de movimiento de manos en el OD y de 0'3 en el OI.

Presentaba cataratas en ambos ojos. En el fondo de ojo encontramos edema de papila en el OD, que en la oct aparece junto a líquido subretiniano macular.

La RMN muestra engrosamiento hipercaptante de gadolinio en la glándula lagrimal derecha que se extiende al cono orbitario y a nivel palpebral.

Se realiza biopsia abierta sobre la glándula lagrimal informada como infiltrado granulomatoso de tipo sarcoideo.

En el estudio radiográfico del tórax, destaca la presencia de aumento de la trama intersticial y en la analítica presenta aumento de la ECA.

Discusión: La sarcoidosis es una enfermedad sistémica caracterizada por una reacción granulomatosa no caseificante en distintas localizaciones anatómicas, siendo la más frecuente la afectación pulmonar.

La afectación ocular ha sido descrita con un intervalo de entre el 13% y el 79% de los pacientes. La manifestación ocular más frecuente (hasta 70% de los casos) es la uveítis anterior. Dentro de la órbita, las glándulas lagrimales representan la estructura más frecuentemente afectada, con una prevalencia de entre el 7% y el 15.8%.

Conclusiones. La glándula lagrimal puede verse afectada por diversos procesos inflamatorios y tumorales. Es conveniente hacer una valoración amplia de cada paciente y tener en cuenta la posibilidad de su afectación por enfermedades sistémicas en el diagnóstico diferencial.

Nivel de evidencia científica: IV.

E-mail autor: analomon2592@gmail.com

CP21 Neuroblastoma olfatorio: a propósito de un caso

Dra. Isabel López Sangrós, Dr. Ángel Domínguez Polo, Dr. Jesús Castillo Laguarda, Dr. Carlo Bruno Marta Casanova

Objetivos: Presentamos un caso clínico de una paciente con celulitis orbitaria izquierda, de etiología tumoral.

Caso clínico: Paciente de 63 años que acudió a urgencias con inflamación periorbitaria izquierda, rinorrea mucosa, epistaxis intermitente, proptosis izquierda y pérdida de peso de 6 meses de evolución. No presentaba diplopia ni disminución de agudeza visual. Se instauró tratamiento con tobramicina tópica en el ojo izquierdo y cloxacilina oral 500mg cada 8 horas, y se solicitó TC craneal preferente. Una semana después, la paciente volvió a urgencias por aumento de la inflamación periorbitaria, epistaxis, disfunción de esfínteres y disfasia, por lo que se ingresó en oftalmología. En el TC craneal se objetivó una voluminosa tumoración en fosas nasales con extensión a senos paranasales, órbitas, y fosa craneal superior. El diagnóstico definitivo obtenido mediante biopsia fue un neuroblastoma olfatorio grado III (clasificación de Hyams).

Se instauró tratamiento con metilprednisolona, ceftazidima intravenosa y metronidazol (Nivel 2B), con mejoría de la sintomatología. Posteriormente se planificó tratamiento con radioterapia y quimioterapia (Nivel 4). A los 7 días falleció a causa de una neumonía por broncoaspiración.

Discusión: El neuroblastoma olfatorio es un tumor maligno de las fosas nasales, de stirpe neuroectodérmica, generalmente de crecimiento lento. Clínicamente puede manifestarse con epistaxis, diplopia, proptosis, cefalea frontal y síndrome constitucional. El tratamiento óptimo no está bien establecido. En casos de estadiaje avanzado se suele asociar cirugía y radioterapia. El beneficio de la quimioterapia no está claro, pero se suele utilizar como terapia paliativa en pacientes no candidatos a cirugía, como es el caso descrito.

Conclusiones: En ocasiones, los cuadros de celulitis orbitaria pueden enmascarar un origen tumoral. Por esta razón es necesario prestar una atención especial a los signos de alarma en estos pacientes.

E-mail autor: isa90ils@gmail.com

CP22 Descenso orbitario más diplopia consecutiva: a propósito de un caso

Dra. Sara Marco Monzón, Dra. Patricia Ramiro Millán, Dra. Diana Pérez García, Dr. Ángel Domínguez Polo

El síndrome del seno silente es una infrecuente patología que cursa característicamente con enoftalmos unilateral progresivo secundario a colapso y opacificación del seno maxilar, con el consecuente colapso gradual del suelo de la órbita. Generalmente el paciente se halla en el contexto de una sinusitis crónica.

La patogenia del seno silente es incierta, generalmente está relacionada con una hipoventilación del seno maxilar por obstrucción.

El diagnóstico se realiza a partir de la sospecha por los síntomas clínicos y las pruebas de imagen como el TAC, donde se visualiza característicamente retracción lateral de la fontanela y de la pared infundibular, así como retracción de paredes antrales y opacificación sinusal unilateral persistente.

Presentamos un caso de una mujer de 35 años sin antecedentes de interés, que acudió a Urgencias por cuadro de hipotropía y enoftalmos unilateral. Diagnosticada de síndrome del seno silente y se le realizó tratamiento con antrostomía maxilar izquierda.

E-mail autor: sara.marco.monzon@gmail.com

CP23 Evaluación del uso de Tocilizumab en el tratamiento de la Oftalmopatía de Graves

Dra. Laura Martínez Campillo, Dra. María Dolores Miranda Rollón, Dr. Domingo Giménez Castejón, Dra. Iris Muñoz García

Objetivo: Describir la eficacia y seguridad del uso de tocilizumab como tratamiento de pacientes con oftalmopatía de Graves (OG) resistente a corticoides.

Material y métodos: Presentamos una serie de siete pacientes (cinco mujeres, dos hombres) con OG en fase activa, uno diabético y seis no respondedores al tratamiento corticoideo, que fueron tratados con tocilizumab. Todos presentaban un índice de actividad según la escala CAS (Clinical Activity Score) $\geq 3/7$ antes del tratamiento con tocilizumab. Los criterios evaluados fueron: agudeza visual, examen de polo anterior, presión intraocular, fondo de ojo, exoftalmometría Hertel, motilidad ocular y valores de TSI. Tras esto se calculó el índice de actividad según escala CAS (Clinical Activity Score). Todos los pacientes mostraron mejoría del exoftalmo, reducción de TSI y del índice CAS.

Discusión: La OG es la manifestación extratiroidea más frecuente de la enfermedad de Graves, pero también puede darse en pacientes eutiroideos, hipotiroideos o con tiroiditis de Hashimoto. El principal objetivo del tratamiento es disminuir la inflamación orbitaria y reducir así el periodo de actividad para alcanzar una fase inactiva con las menores secuelas posibles. Según el Grupo Europeo de Oftalmopatía de Graves (EUGOGO), el tratamiento de primera línea en pacientes con enfermedad activa moderada-severa es la metilprednisolona en infusiones altas. El tocilizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado frente al receptor de la interleucina-6. Actualmente se encuentra en investigación en un ensayo clínico en fase III para comprobar su eficacia y seguridad en pacientes resistentes a la terapia corticoidea o diabéticos.

Conclusión: El tocilizumab ha demostrado ser efectivo y seguro en el tratamiento de la OG en pacientes diabéticos o resistentes al tratamiento corticoideo. En nuestro caso todos los pacientes experimentaron mejoría clínica evaluada mediante la escala CAS y además ninguno precisó cirugía orbitaria rehabilitadora.

E-mail autor: laurita_lmc@hotmail.com

CP24 Coexistencia de meningioma y displasia fibrosa

*Dra. Jessica Matas, Dr. Santiago Ortiz Pérez, Dr. Iban Aldecoa
Anzorregui, Dr. Álvaro Salazar Villegas, Dr. Joaquim Enseñat*

Caso clínico: Mujer de 17 años con historia de ptosis palpebral izquierda desde los 10 años de edad. A la exploración presentaba ptosis palpebral asociada a hipoglobo y proptosis del ojo izquierdo. Tanto la tomografía computerizada como la resonancia magnética mostraban una lesión ósea en techo de órbita sugestiva de DF con efecto masa sobre globo ocular y lóbulo frontal izquierdo. Ante el presunto diagnóstico de DF se descartó la asociación con el Síndrome de Albright. Posteriormente se realizó escisión tumoral y reconstrucción con placa de titanio y plastia de duramadre. El estudio por anatomía patológica y de inmunohistoquímica informó sobre la coexistencia de lesión fibro-ósea compatible con DF y de meningioma de tipo psamomatoso.

Discusión: El meningioma es un tumor benigno con origen en las células de la aracnoides y la DF consiste en un trastorno de la maduración del mesénquima, en que el tejido de la cavidad medular de uno o varios huesos es reemplazado por tejido fibroso anómalo. La asociación entre DF y meningioma es muy rara, pero hay varios casos similares descritos en la literatura y parece que podría existir una asociación entre ambas entidades, aunque la etiopatogenia de dicha asociación se desconoce por el momento.

Conclusiones: Tanto la displasia fibrosa como el meningioma son dos entidades benignas, pero con un comportamiento invasivo que pueden ocasionar complicaciones. Ante cualquier lesión es importante el diagnóstico mediante biopsia, ya que ambas lesiones pueden coexistir. Es importante un abordaje multidisciplinar para conseguir un tratamiento curativo y preservar la función visual.

E-mail autor: matas.jessica@gmail.com

CP25 Mucoccele frontal con extensión intraorbitaria

Dr. Marcos Mozo Cuadrado, Dra. Laura Tabuenca del Barrio, Dra. Alicia Zubicoa Enériz, Dra. Nerea Zubieta Gonzalo

Objetivo: Presentar un caso clínico de un mucoccele frontal con extensión a la órbita.

Caso clínico: Paciente de 48 años que acude a urgencias con clínica de dolor ocular izquierdo junto a diplopía y disminución de agudeza visual. Como antecedentes destaca una polipectomía pansinusal y septoplastia en 2013 complicada con un absceso septal.

A la exploración presenta una agudeza visual de 8/10 en su ojo derecho y de 6/10 en su ojo izquierdo. Se evidencia una proptosis axial con hipotropía y una oftalmoplejia en el ojo doloroso. La BMC y el fondo de ojo son normales. Se solicita TAC de órbitas que informa de una masa extraconal izquierda próxima al techo de la órbita, compatible con un pseudotumor orbitario.

Ante los hallazgos se realiza interconsulta al Servicio de Cirugía Maxilofacial que decide ingreso para tratamiento médico por la sospecha de patología infecciosa. Ante la persistencia del cuadro pese al tratamiento médico se decide abordaje quirúrgico. La exploración intraoperatoria detecta la presencia de un mucoccele de seno frontal con extensión a la órbita izquierda que se reseca y la anatomía patológica confirma el diagnóstico. La exploración oftalmológica a la semana de la exéresis muestra completa remisión de la diplopía, con una agudeza visual 8/10 en ambos ojos.

Discusión: Los mucocceles de los senos pueden erosionar el techo de la órbita y penetrar en ella. La sospecha de enfermedad sinusal subyacente es muy importante y orienta en gran medida el diagnóstico. Las complicaciones oftalmológicas de esta patología incluyen la celulitis preseptal y orbitaria, los abscesos subperiósticos u orbitarios, la neuritis óptica y las fístulas palpebrales.

Conclusiones: Los mucocceles se asocian en su mayoría a patología benigna sinusal. El tratamiento quirúrgico a menudo resuelve la patología y previene las complicaciones si bien es necesaria en la mayoría de casos la colaboración de varios especialistas para un adecuado diagnóstico y tratamiento.

CP26 Panoftalmitis de causa traumática tratada con evisceración e implante orbitario secundario

*Dra. Alba Parrado Carrillo, Dra. María Teresa Carrión Donderis,
Dr. Jorge Peraza Nieves, Dra. Jessica Matas, Dr. Santiago Ortiz
Pérez*

Caso clínico: Paciente de 46 años con antecedente de traumatismo vegetal en su ojo izquierdo, que fue diagnosticado de úlcera corneal en otro centro. Dos días después acudió a nuestro hospital con un cuadro de edema palpebral a tensión, limitación completa de los movimientos extraoculares, quemosis y perforación corneal central. Ante la sospecha de panoftalmitis, se realizó una TC orbitaria, que confirmó el diagnóstico. Debido al empeoramiento del cuadro clínico tras 24 horas de tratamiento antibiótico y antifúngico endovenoso y tópico, se decidió realizar una evisceración sin implante del ojo izquierdo. En un segundo tiempo, tras resolverse el cuadro infeccioso, se practicó una reconstrucción de la cavidad anoftálmica con implante orbitario secundario para restituir el volumen orbitario, e injerto dermograso para evitar el acortamiento de los fondos de saco.

Discusión: La panoftalmitis es un tipo de endoftalmitis severa en la que se afectan todas las capas del globo ocular, así como las estructuras orbitarias. Es una entidad poco frecuente, que avanza de forma rápida y tiene mal pronóstico, pudiendo ocasionar complicaciones muy graves. El diagnóstico es clínico y se confirma con técnicas de imagen y analítica. La rápida administración de tratamiento endovenoso se ha relacionado con un mejor pronóstico. En caso de ser necesario tratamiento quirúrgico, la enucleación y la evisceración son opciones a considerar. La colocación de un implante orbitario puede realizarse en un primer o segundo tiempo en función del caso.

Conclusiones: El diagnóstico de panoftalmitis requiere de una alta sospecha clínica y se confirma con la realización de pruebas de imagen. El tratamiento apropiado urgente es crucial para evitar complicaciones que pueden ser fatales para el paciente. La evisceración con implante orbitario secundario es una opción válida en el manejo de esta entidad, si el proceso infeccioso no se controla con tratamiento médico.

E-mail autor: albaparrado3@gmail.com

CP27 Tumor blando de Pott

Dr. Ioan Alexandru Placinta, Dra. Clara Martínez-Rubio, Dra. Paula Martínez López-Corell, Dr. Enrique España Gregori

Caso clínico: Tumor blando de Pott

Varón de 23 años que se presenta al servicio de Urgencias Oftalmológicas por aparición brusca de tumoración blanda en el canto medial superior del ojo izquierdo en las últimas horas. Como único antecedente refiere estar en tratamiento antibiótico oral desde hace un mes por sinusitis.

En la exploración física se palpa una tumoración blanda a nivel del seno frontal izquierdo. Se le realizó TAC de órbitas que reveló sinusitis con absceso del seno frontal izquierdo, osteomielitis y lisis de la pared anterior del seno frontal izquierdo acompañadas de celulitis preseptal. En el análisis de sangre destacó leucocitosis con neutrofilia.

El paciente ingresó para tratamiento antibiótico, corticoideo intravenoso y drenaje quirúrgico del absceso frontal mediante frontotomía endoscópica endonasal. En el cultivo microbiológico del absceso creció *Eikenella Corrodens*. El diagnóstico final fue de tumor blando de Pott una entidad olvidada hoy día en la era antibiótica.

Discusión: Se conoce como tumor blando de Pott al absceso subperióstico secundario a una sinusitis frontal con lisis de las paredes óseas del seno frontal. Es una complicación muy rara hoy en día debido al uso generalizado de los antibióticos. Aun así algunos casos de sinusitis frontal pueden progresar a osteomielitis del seno frontal con absceso subperióstico hacia la piel o hacia la fosa anterior cerebral con riesgo de meningitis y su consiguiente morbimortalidad asociada.

Conclusión: Presentamos este caso para recordar la existencia de esta rara entidad en el diagnóstico diferencial del canto medial, que sin el adecuado tratamiento a tiempo puede suponer una amenaza vital real para el paciente.

Nivel de evidencia científica: IV

E-mail autor: iaplacinta@hotmail.com

CP28 Proptosis progresiva secundaria a pneumosinus dilatans etmoidal. A propósito de un caso en un paciente pediátrico

Dra. Rebeca Rosés Sáiz, Dra. Elsa Font Julià, Dra. Cristina Piñero Cutillas, Dra. Encarnación Mengual Verdú

Objetivo: Describir el caso excepcional de un paciente varón de 12 años de edad con diagnóstico de Pneumosinus dilatans (PD).

Caso clínico: Niño de 12 años que acude a consultas externas de Oftalmología por proptosis unilateral izquierda lentamente progresiva de un año de evolución, sin dolor ni otros síntomas asociados. Durante la exploración física se evidencia un notable exoftalmos izquierdo acompañado de una leve hiperfunción de los músculos oblicuos inferiores de ambos ojos, así como un patrón en V asociado. La agudeza visual y el resto de la exploración física se encontraron dentro de la normalidad. Tras dichos hallazgos se le pidió prueba de imagen para estudio (Resonancia Magnética (RM)), quien reveló la presencia de una neumatización desmesurada del seno etmoidal posterior izquierdo, sin invasión de tejidos ni presencia de colecciones. La valoración por parte del servicio de Otorrinolaringología descartó características de malignidad. Finalmente, se decidió intervenir quirúrgicamente al paciente realizando una etmoidectomía antrostomía endoscópica frontal y maxilar izquierda.

Discusión: El PD es una condición infrecuente, que se presenta como una dilatación anormal de uno o varios senos paranasales (SP) sin evidencia de compromiso óseo ni mucoso, que puede o no asociar dolor y deformidad facial. Los SP involucrados en orden de frecuencia son el frontal, esfenoidal, maxilar y etmoidal, pudiendo ser bilateral. La teoría más aceptada es que el aumento de la presión en el SP por un mecanismo de válvula entre la cavidad del SP y la fosa nasal es el responsable de la expansión de la primera. La Tomografía Computarizada y la RM permiten realizar el diagnóstico; el tratamiento es quirúrgico y está orientado a descomprimir el o los SP comprometidos.

Conclusiones: El PD es una rara afección. Resulta primordial realizar un buen diagnóstico diferencial de proptosis en los pacientes pediátricos, especialmente para descartar una patología maligna subyacente.

E-mail autor: rebeca.rsmmed@gmail.com

CP29 Proptosis secundaria a quiste aracnoideo en el ala mayor del esfenoides

Dr. Álvaro Salazar Villegas, Dr. Bernardo Sánchez Dalmau, Dra. Alba Parrado Carrillo, Dr. Joaquim Enseñat, Dr. Santiago Ortiz Pérez

Caso clínico: Varón de 58 años, con antecedente de oftalmoplegía externa progresiva crónica, que acudió a nuestro centro por historia de 3 años de evolución de molestias inespecíficas en el ojo izquierdo desencadenadas por el esfuerzo físico, y proptosis progresiva de ese ojo. A la exploración, se objetivó proptosis izquierda de 2 mm, ptosis palpebral bilateral y limitación de todos los movimientos extraoculares. Se solicitó RM orbitaria que evidenció una lesión de características quísticas, de unos 3 cms de diámetro, en el ala mayor izquierda del esfenoides y en contacto con las meninges. Se decidió tratamiento quirúrgico de la lesión, mediante abordaje transorbitario por pliegue palpebral superior, escisión del quiste y sutura del defecto meníngeo creado. El diagnóstico anatómo-patológico fue compatible con quiste aracnoideo.

Discusión: Los quistes aracnoideos son lesiones quísticas benignas contenidas dentro de la aracnoides. Representan el 1% las lesiones ocupantes de espacio intracraneal y raramente se encuentran en el ala mayor del esfenoides. La mayoría son asintomáticos, pero en algunos pacientes pueden provocar síntomas por el efecto masa, si ocurren en la órbita la clínica fundamental es la proptosis. En estos casos la resección quirúrgica es el tratamiento de elección.

Conclusiones: Los quistes aracnoideos en el ala mayor del esfenoides son raros y generalmente asintomáticos por lo que usualmente se plantea manejo conservador. Si provocan clínica se puede valorar la resección quirúrgica, generalmente con buenos resultados. El abordaje transorbitario representa una vía de acceso poco invasiva, para abordar lesiones que se originan en la fosa craneal anterior o media, por lo que está ganando un interés creciente para el tratamiento de pacientes neuroquirúrgicos.

E-mail autor: alvarosalazarvillegas@gmail.com

**CP30 Transformación maligna de un queratoacantoma conjuntival:
una entidad rara que requirió enucleación**

Dr. Roberto Secondi, Dr. Alberto Díaz, Dra. Tania Chaparro, Dr. Juan Carlos Sánchez España, Dr. Johnny Castellar Cerpa

Objetivos: Reportar el caso clínico de una lesión conjuntival recurrente, diagnosticada clínicamente e histopatológicamente como queratoacantoma conjuntival (QAC) que se transformó rápidamente en un carcinoma de células escamosas (CCE) altamente agresivo con afectación intraocular, que requirió enucleación.

Caso clínico: Un hombre de 78 años con historia de QAC en el OD consultó por dolor y fotofobia de una semana de evolución en el OD. La visita reveló una lesión de 5 mm localizada en la conjuntiva inferotemporal, con una superficie hiperqueratósica, rodeada de vasos dilatados, adherida a planos profundos, sin signos de invasión intraocular. Se decidió realizar una biopsia incisional porque durante la cirugía se observó un área de escleromalacia subyacente a la lesión. El análisis histológico era sugestivo de QA conjuntival. El paciente fue revisado a la semana y mostró nuevas lesiones queratinizadas en la cámara anterior. Se realizó otra biopsia incisional. Los hallazgos histopatológicos fueron compatibles con CCE conjuntival. Se realizó la enucleación del ojo derecho.

Discusión: Hasta la fecha actual, este es el segundo caso en la Literatura que informó la transformación maligna de un QAC que requirió enucleación. Aunque sea un tumor benigno, el QAC puede tener una naturaleza agresiva en casos excepcionales. Al ser tan excepcional, es posible que se trate de un CCE altamente invasivo desde el principio. La apariencia histológica de algunas áreas del tumor podría justificar la demora en el diagnóstico histopatológico. Al mismo tiempo, su alta invasividad pudo ser favorecida por la manipulación quirúrgica. En el diagnóstico diferencial marcadores de inmunohistoquímica como involucrina y laminina-332 podrían ser muy útiles.

Conclusiones: A pesar de que el QA conjuntival ha sido descrito como lesión benigna, es importante realizar un diagnóstico diferencial correcto entre QAC y CCE, así como un seguimiento postoperatorio cercano, debido a la excepcional aparición de recidiva o conversión a CCE

E-mail autor: robertosecondi@libero.it

**CP31 Fractura del suelo de la órbita con atrapamiento muscular -
posible patrón de recuperación de la motilidad postquirúrgica**

Dr. Bazil TL Stoica, Dra. Silvia Pagán Carrasco, Dr. Alberto Reche Sainz, Dra. Paula Maqueda González

Objetivo: Presentamos un caso clínico de una niña de 11 años de edad que tras traumatismo con la mano de otro niño en el colegio, acude a urgencias por dolor en ojo derecho, diplopía y cortejo vegetativo. A la exploración destaca una marcada limitación a la superversión en ese ojo y también parcialmente a la infraversión, con ligera hipotropía de ese ojo en posición primaria de la mirada. El escáner orbitario reveló una fractura del suelo de la órbita por estallido de tipo blow-out.

Material y Métodos: Ante el cuadro clínico que indica probable atrapamiento muscular, se decide programar cirugía y al día siguiente, se realiza la reparación del suelo de la órbita con una malla de polietileno poroso y la liberación del músculo recto inferior atrapado entre los planos óseos de fractura.

Discusión: La paciente evoluciona favorablemente tras la cirugía y sin complicaciones derivadas de la misma, llegando al mes de la cirugía a recuperar casi por completo la movilidad a la supra e infraversión, con resto de movimientos oculares normales. A los dos meses, no hay limitación a los movimientos oculares y ha cedido la diplopía. A los 6 meses la paciente se encuentra asintomática y la exploración oftalmológica es rigurosamente normal con agudeza visual de 20/20 en ambos ojos.

Conclusiones: En la literatura no hay muchos casos de fracturas del suelo de órbita en niños con seguimiento a largo plazo. En función del grado de isquemia sufrido por el musculo, la recuperación puede ser completa o incompleta, más rápida o más lenta, a veces necesitando meses para recuperar toda la movilidad del musculo afectado. Ante signos de posible restricción muscular recomendamos la liberación temprana de ésta para mejorar la movilidad ocular a corto y largo plazo.

E-mail autor: bazdok@yahoo.com

CP32 Diagnóstico diferencial entre masa orbitaria y orbitopatía tiroidea. A propósito de un caso

Dra. Laura Tabuenca del Barrio, Dr. Marcos Mozo Cuadrado, Dra. Sandra Pérez García, Dr. Arnaldo Belzunze Manterola

Objetivo: Presentar un caso clínico que plantea el diagnóstico diferencial entre una masa intraconal o una orbitopatía tiroidea a partir de un estrabismo restrictivo secundario.

Caso clínico: Paciente de 48 años con diplopia vertical de tres meses de evolución y ligera proptosis izquierda. Refiere una leve pérdida de peso en las últimas semanas. No fumadora.

La agudeza visual es 10/10 en ambos ojos. La biomicroscopía es normal. En la exploración física hay una clara proptosis izquierda con restricción palpebral superior e inferior con hipotropía, así como un defecto pupilar aferente relativo izquierdo. Existe una limitación de la elevación del ojo izquierdo con diplopía vertical binocular que desaparece monocularmente y alteración de la percepción lumínica y cromática. El fondo de ojo es normal. Se solicita un TAC que informa de masa orbitaria en posible relación con neoplasia. Se realiza una analítica sanguínea sin hallazgos significativos y con perfil tiroideo normal. La Resonancia Magnética informa finalmente de orbitopatía tiroidea. Se diagnostica de orbitopatía miógena izquierda y se deriva a Endocrinología para inicio de tratamiento corticoideo de forma preferente por neuropatía óptica distiroidea.

Discusión: Dentro de las lesiones orbitarias las neoplasias constituyen un 50% y las lesiones inflamatorias un 25%, aproximadamente, siendo la orbitopatía tiroidea la más frecuente de estas últimas. La proptosis es la manifestación clínica más frecuente, así como las alteraciones de los movimientos oculares que pueden condicionar plejías y diplopia. En ocasiones el diagnóstico diferencial resulta relativamente dificultoso dado que podemos estar ante un perfil tiroideo sin anomalías.

Conclusiones: Las lesiones orbitarias representan una vital importancia dado que un diagnóstico diferencial adecuado condiciona el pronóstico del paciente.

CP33 Dolor ocular como manifestación primaria de masa intraconal

Dra. Laura Tabuenca del Barrio, Dr. Marcos Mozo Cuadrado, Dra. Nerea Zubieta Gonzalo, Dr. Arnaldo Belzunce Manterola

Objetivo: Presentar un caso clínico sobre una masa intraconal que se manifiesta con dolor ocular inespecífico de años de evolución.

Caso clínico: Paciente de 70 años que consulta por dolor ocular derecho de años de evolución con empeoramiento de la clínica en los últimos 8 días. No otra sintomatología visual acompañada. Como antecedentes personales destaca aneurisma cerebral embolizada mediante radiología intervencionista hace 25 años. La agudeza visual es de 6/10 en ojo derecho y 8/10 en ojo izquierdo. La biomicroscopía y el fondo de ojo son normales. En la exploración física los movimientos oculares extrínsecos son normales y las pupilas son isocóricas y normorreactivas. Solo destacada un exoftalmos axial derecho leve. Se realiza TAC de órbitas que informa de lesión retroocular orbitaria que plantea como primera posibilidad diagnóstica meningioma. Se decide observación.

Discusión: El meningioma del nervio óptico es una entidad rara cuyo manejo diagnóstico y terapéutico ha variado de manera sustancial en los últimos años. Crece desde el espacio subdural, comprimiendo la duramadre y el aporte sanguíneo de la piamadre pudiendo causar atrofia con profunda pérdida visual, sin invasión propia del nervio, e incluso desprendimiento de retina cuando invade el globo ocular. La manifestación clínica más frecuente de las lesiones intracraneales es el exoftalmos, acompañado en varias ocasiones de alteraciones en la motilidad ocular y diplopia. No obstante se expone este caso clínico como muestra de que hay ocasiones en las que la clínica de exoftalmos no es tan llamativa y que existen otros síntomas que deben hacer sospechar que pueda existir una masa retroocular, como es el dolor.

Conclusiones: La incidencia de meningioma del nervio óptico es baja y debe sospecharse ante situaciones de dolor retroocular con leve exoftalmos. Uno de sus posibles tratamientos es la observación mientras la agudeza visual sea conservada.

CP34 Reconstrucción de suelo orbitario por fractura con atrapamiento de recto inferior con implante Medpor

Dra. Irene Temblador Barba, Dra. Irene García del Moral, Dr. Carlos Gálvez Prieto-Moreno, Dra. Rosa María Montoro Moreno

Objetivos: Describir la reconstrucción de suelo orbitario por fractura con implante Medpor y posterior evolución

Caso clínico: Paciente de 4 años que acudió por diplopía al mirar hacia arriba tras sufrir una caída con la bicicleta. En la exploración se observó restricción de recto inferior derecho siendo el resto normal. Se realizaron TAC y RM craneales, donde se apreció fractura de suelo orbitario con atrapamiento de recto inferior derecho.

Se intervino en quirófano, realizándose una cantotomía y cantolisis. Posteriormente, a través de un acceso transconjuntival inferior y una vez aislados los tejidos, se liberaron las fibras del recto inferior y se colocó una placa Medpor en el suelo orbitario.

Después de la cirugía, el paciente se encuentra en ortotropía sin restricción de recto inferior derecho, conservándose todas las ducciones y versiones correctas. Se realiza RM de control, y en ella se observa la placa bien posicionada con correcta reconstrucción y sin atrapamiento de fibras musculares.

Discusión: Las técnicas para la reconstrucción orbitaria han evolucionado desde la utilización de injertos óseos autógenos a los aloplastos bien tolerados, por ejemplo el titanio y el Medpor.

Los implantes de polietileno poroso Medpor se anclan con los tejidos blandos y son moderadamente osteoconductor. Se ha comprobado que la incidencia de infección es baja y tiene una reacción de cuerpo extraño mínima. Es estable, no sufre reabsorción y la extrusión del implante es rara.

Conclusiones: Las lesiones en el suelo orbitario son una de las fracturas más frecuentes en el tercio medio facial y la reconstrucción con biomateriales bien tolerados, como el implante Medpor, tiene muy buenos resultados funcionales con pocos efectos secundarios y tasa de complicaciones baja.

CP35 Enfermedad por IgG4 - A propósito de un caso

Dr. Néstor Ventura Abreu, Dr. Carlos Llorente La Orden, Dra. Bárbara Burgos Blasco, Dr. Ángel Romo López

Introducción: La enfermedad por IgG4 (de sus siglas en inglés, IgG4-ROD) es una entidad descrita más frecuentemente en varones (4:1) con edades comprendidas entre los 58-67 años, y a nivel oftalmológico, puede afectar tanto a la órbita como al globo ocular, siendo la afectación más frecuente la glándula lagrimal (68,4%).

Presentamos el primer caso descrito en nuestro servicio de un paciente con IgG4-ROD.

Caso clínico: Varón de 83 años, con antecedentes sistémicos de diabetes mellitus y EPOC, y oftalmológicos de ambliopía del ojo izquierdo y cirugía de cataratas bilateral.

Acude a la consulta de Oculoplastia por un xantelasma en el párpado superior derecho. A la exploración, además, se aprecia un pliegue palpebral borrado en tercio externo, y una blefaroptosis discreta sin exoftalmos y mínima masa palpable. Se solicita una tomografía computarizada, en la que se apreciaba una lesión bien definida, separada de otras estructuras, de 2,1 cm de diámetro. Se decide extirpación de la lesión lagrimal. Se remite la pieza completa al servicio de Anatomía Patológica, donde se informa la presencia de una lesión nodular con bandas de tejido fibroso esclerosante, infiltración eosinófila y presencia de células plasmáticas con positividad para IgG4.

El paciente no ha mostrado signos de recidiva de la lesión, y presenta una discreta ptosis del párpado superior derecho residual.

Discusión: Se trata del primer caso de nuestro servicio de IgG4-ROD. El diagnóstico es anatomopatológico, con presencia de IgG4 en 3 campos de gran aumento, aunque los criterios de corte son variables. La serología para IgG4 no es rentable, dado que hasta 40% de los pacientes son negativos. El tratamiento no está estandarizado: en la mayoría, existe buena respuesta a los corticoides, aunque se ha probado con inmunosupresores, radioterapia o rituximab, si bien en algunos casos como nuestro paciente, se ha descrito buena evolución solo con observación

Nivel de evidencia IV A

E-mail autor: ventanes@gmail.com

CP36 Enfermedad Orbitaria Inflamatoria Inespecífica: un desafío terapéutico.

*Dra. Rosita Lucía Wakfie Corieb, Dra. Elena Guzmán Almagro,
Dra. Ana María Angulo Granadilla, Dr. Alberto Escudero
Villanueva*

Caso clínico: Mujer de 50 años, con antecedentes de hipertiroidismo consulta para segunda opinión por dacrioadenitis izquierda de más de 10 meses de evolución. En otro centro ya se realizó biopsia de glándula lagrimal informada como inflamación crónica inespecífica.

El TAC orbitario muestra leve aumento de tejidos blandos palpebrales. La RMN presenta engrosamiento del recto superior y trabeculación grasa de la glándula lagrimal.

El diagnóstico diferencial debe incluir enfermedad inflamatoria orbitaria inespecífica, síndrome linfoproliferativo, orbitopatía de Graves y enfermedad IgG4. Se realiza nueva biopsia por vía cutánea del músculo elevador del párpado superior, grasa y porción orbitaria de glándula lagrimal reportando escasa inflamación linfoide y fibrosis reactiva, así como dacrioadenitis crónica, siendo negativa para síndrome linfoproliferativo y enfermedad IgG4.

Se inicia tratamiento con corticoides intravenosos y posteriormente orales en descenso evidenciándose mejoría tanto clínica como radiológica. Tras finalizar tratamiento, reaparece inflamación palpebral por lo que se inicia tratamiento con azatioprina sin mejoría clínica ni radiológica tras 4 meses. Se cambia a ciclofosfamida en bolos presentando mejoría clínica y radiológica. Actualmente está asintomática, sin signos radiológicos de inflamación y estable sin tratamiento.

Discusión: La enfermedad inflamatoria orbitaria inespecífica puede presentar un curso crónico con respuesta incompleta tras tratamiento con corticoides a alta dosis, pudiendo usarse en estos casos tratamiento inmunosupresor.

Conclusiones: Aunque se afirme que la buena respuesta a corticoides en pocos días tras comienzo del tratamiento es evidencia diagnóstica de esta patología, también otros procesos como tumores malignos, orbitopatía de Graves o enfermedad IgG4 pueden responder favorablemente de forma temporal a los mismos. Por ello la biopsia es fundamental y necesaria para su diagnóstico.

E-mail autor: rositawakfie@hotmail.com

CP37 Neurofibroma orbitario aislado: a propósito de un caso

Dra. Rosita Lucía Wakfie Corieh, Dr. Ignacio Tapias Elías, Dra. Elena Guzmán Almagro, Dr. Javier Ráez Balbastre

Caso clínico: Varón de 50 años con antecedentes de ambliopía ojo derecho por anisometropía y blefaroplastia estética, consulta por proptosis progresiva de ojo derecho (OD) de 2 años de evolución. Sin antecedentes familiares de interés

Agudeza visual (AV) de cuenta dedos a 1 metro OD y unidad ojo izquierdo (OI). Exoftalmometría Hertel OD de 27 mm y OI 17 mm.

El TAC y la RNM orbitaria muestran una masa intraconal bien delimitada de 30 x 26 x 32 mm con efecto masa sobre las estructuras adyacentes sin remodelación ósea. Se plantea diagnóstico diferencial con hemangioma cavernoso, schwannoma, hemangiopericitoma o tumor fibroso solitario. Se reseca tumoración mediante orbitotomía lateral con osteotomía de la pared lateral y posterior reconstrucción con miniplaca. El postoperatorio cursa sin incidencias ni variación en AV.

La anatomía patológica revela neurofibroma sin signos de malignidad e inmunohistoquímica (IHQ) con expresión difusa para vimentina y S100 y focal para EMA, CD34 y actina de músculo liso.

Se descarta neurofibromatosis tipo 1 (NF1).

Discusión: Los neurofibromas son tumores orbitarios poco frecuentes (2%). Se clasifican en plexiformes, difusos y solitarios. Los neurofibromas solitarios no están asociados a la NF1 y son poco frecuentes (menos de 1%). Suelen aparecer entre la 3ª y 5ª década con efecto masa que progresa lentamente, incluyendo proptosis poco dolorosa que desplaza el globo ocular, alteración de la motilidad extraocular, ptosis, y excepcionalmente, neuropatía óptica con disminución de AV. Rara vez tienen degeneración maligna. Los estudios de inmunohistoquímica presentan reacción positiva a la S100.

Conclusiones: El neurofibroma orbitario se debe plantear como diagnóstico diferencial ante un exoftalmos progresivo de lenta evolución.

Se debe descartar NF1.

La IHQ determina el diagnóstico definitivo.

E-mail autor: Rositawakfie@hotmail.com

PÁRPADOS

CP38 Síndrome de Marcus Gunn y Síndrome de Marin Amat simultáneos.

Dra. Salomé Abenza Baeza, Dr. Álvaro de Casas Fernández, Dra. Berta García Tomás, Dra. Eugenia Gijón Vega

Objetivo: Presentar la asociación de dos sincinesias periorcarias en la misma paciente.

El Síndrome de Marcus Gunn es una sincinesia congénita rara (5% de las ptosis congénitas) entre el III -V par craneal (p.c)

El Síndrome de Marin Amat es una sincinesia V-VII p.c adquirida tras parálisis facial.

Caso clínico: Presentamos una mujer de 35 años diagnosticada de ptosis congénita de Marcus Gunn derecha, operada en la infancia mediante resección de la aponeurosis con resultado aceptable, manteniendo la elevación palpebral con los movimientos mandibulares. A los 33 años sufre episodio de parálisis facial derecha con lagofthalmos que mejora espontáneamente sin secuelas. Meses después, acude a un centro privado por ptosis palpebral derecha y es intervenida mediante resección de aponeurosis nuevamente. La paciente es derivada para nueva valoración donde se aprecia dermatocalasia leve, ptosis palpebral derecha de 2 mm que mejora con los movimientos mandibulares hasta retracción palpebral y, al hinchar los carrillos, se produce un estrechamiento de la hendidura del mismo lado. El resto de la exploración oftalmológica es normal.

La paciente es diagnosticada de Síndrome de Marcus Gunn asociado a Síndrome de Marin Amat y no se realiza electromiografía. Se interviene de blefaroplastia unilateral y 2 meses después se infiltran 7.5U de toxina botulínica repartidos en 3 puntos del orbicular pretarsal superior e inferior derecho, con buenos resultados.

Discusión: En nuestra paciente, una suspensión al frontal en la infancia hubiera solucionado la ptosis congénita y la sincinesia de Marcus Gunn. La segunda intervención podría haberse evitado al tratarse de una pseudoptosis.

Conclusiones: Las sincinesias periorcarias a menudo son infradiagnosticadas.

La asociación entre los dos síndromes es extremadamente rara.

Una buena historia clínica es fundamental para llegar al diagnóstico y ofrecer un tratamiento adecuado evitando resultados insatisfactorios.

Evidencia IV.

E-mail autor: salomeabenza@hotmail.com

CP39 Carcinoma Epidermoide: localización y reconstrucción

Dra. María Dolores Álvarez Díaz, Dra. Elena González Dios, Dra. Sara Rubio Cid, Dra. Stephanie Romeo Villadóniga

Objetivo: Exponer tres casos clínicos de carcinoma epidermoide en párpado superior, inferior y canto interno, las cirugías llevadas a cabo para su exéresis y posterior reconstrucción.

Casos clínicos: El primer paciente con la tumoración localizada en canto interno del ojo izquierdo se le realizó exéresis con implante de Tutopacht® y se colocó un conformador. Se realizó una segunda intervención de ectropión del párpado inferior con tira tarsal e injerto de membrana amniótica. En el paciente con el carcinoma situado en el párpado inferior del ojo derecho se llevó a cabo exéresis con reconstrucción mediante colgajo frontoglabeal. Al año siguiente, se realiza un injerto con esclera y fijación tarsal a periostio para corregir el ectropión del canto interno.

Por último, en el tumor localizado en el párpado superior del ojo izquierdo se llevó a cabo una resección en cuña de la lesión, piel y orbicular con injerto retroauricular.

Discusión: El carcinoma epidermoide es una neoplasia cutánea maligna que representa el 20% de los cánceres de la piel y el 10% de los cánceres del párpado. Deriva del estrato espinoso de la epidermis y predomina en las partes expuestas al sol. Se localiza con mayor frecuencia en el párpado inferior y su crecimiento es rápido y agresivo. El tratamiento quirúrgico es el procedimiento de elección.

Según la localización de los mismos la cirugía necesaria para su reconstrucción será muy variable como aquí se expone con estos tres pacientes.

No es raro una segunda cirugía debido a la gran extirpación que se requiere por su gran extensión y los consiguientes efectos adversos como el ectropión cicatricial.

Conclusiones: La cirugía del carcinoma epidermoide de localización palpebral supone un reto debido a su particular anatomía y funcionalidad. Es esencial su correcto conocimiento y tener presentes las distintas opciones reconstructivas de las que disponemos para poder lograr un resultado funcional y cosmético aceptable.

E-mail autor: elenagonzalezdios@gmail.com

CP40 Linfoma no Hodgkin con infiltración ocular: a propósito de un caso

Dra. Gibet Benejam, Dr. Matías Almena, Dra. Mercè Salvat, Dr. Pere Romero-Aroca

Caso clínico: Paciente de 64 años de edad afecto de linfoma no Hodgkin (LNH) del manto estadio IV localizado en el anillo de Waldeyer en tratamiento por oncología de nuestro Hospital con quimioterapia CVP-R x4, que acudió a la urgencia por sensación de tensión y aumento del volumen palpebral derecho de unas semanas de evolución. A la exploración se objetivó aumento del grosor del párpado superior y a la eversión palpebral se observó tumoración asalmonada de dicho párpado que infiltraba todo el tarso, por lo que se tomó biopsia conjuntivo-muscular en quirófano y se solicitó TC de órbitas para estudio ante la sospecha inicial de progresión de su enfermedad. La biopsia conjuntival confirmó la infiltración por linfoma de células del manto y en el TC se observa una imagen nodular de 6x19mm de tamaño a nivel palpebral derecho, sin lesiones óseas asociadas concluyente con la sospecha diagnóstica inicial. Juntamente con oncología se decide switch de tratamiento a Ibrutinib, con excelente respuesta, tolerancia y desaparición total de la tumoración palpebral ni reaparición en el seguimiento evolutivo posterior.

Discusión: El linfoma no Hodgkin es un cáncer del tejido linfoide incluido en el sistema inmune que comprende una amplia variedad de enfermedades con características histológicas, inmunes, genéticas y clínicas distintas. Dado que los linfomas son los tumores malignos más frecuentes en la órbita, habitualmente tienen también localización extra orbitaria como el caso que nos ocupa, y pueden ser tratados con éxito en muchos casos, es importante que el oftalmólogo tenga presente esta patología para su pronto detección si bien se ha descrito un incremento de incidencia de LNH orbitarios.

Conclusiones: El LNH puede manifestarse de forma multicéntrica con localizaciones en todos los órganos, como se pone de manifiesto en el paciente del caso clínico que reportamos. Se describe y presenta el caso por su infrecuente localización conjuntival.

E-mail autor: gibetbenejam@gmail.com

CP41 Ptosis palpebral unilateral como primer signo de Orbitopatía Tiroidea

Dr. Carlos Daniel Blando Labrandero, Dra. Alicia Galindo Ferreiro, Dr. Yago Varela Conde, Dra. Minal Belani Raju

Mujer de 23 años que acude por presentar ptosis palpebral súbita derecha con retracción del párpado superior en el ojo contralateral, en el contexto de un hipotiroidismo subclínico por tiroiditis de Hashimoto. Eutiroidea con anticuerpos anti Rc-TSH negativos.

A la exploración oftalmológica se encuentra una agudeza visual (AV) 0.6 en ojo derecho (OD) y 1 ojo izquierdo (OI). Queratitis punctata superficial en ambos ojos (AO). Motilidad ocular extrínseca e intrínseca normales. Distancia margen-reflejo1(DMR1) en OD de 3 y en OI 6 mm. Tras cover test, ocluyendo OD el párpado superior de OI el DMR1 baja a 3, y al descubrir OD MRD1 en OD es 1mm. Test de Fenilefrina en OD a los 10 minutos es positivo con DMR1 OD de 4mm sin alteraciones en OI. Función del elevador de 15 en AO.

Clinical Activity Score (CAS) de 0/7

Resto de exploración oftalmológica normal. Exploración neurológica normal con anticuerpos antireceptor de acetil colina negativos. La electromiografía demuestra jitter estimulado y estimulación repetitiva negativos.

En la Resonancia Magnética, secuencia STIR órbito-cerebral se detecta infiltración grasa del complejo elevador OD. En secuencia T2 no se observa engrosamiento de los músculos extraoculares.

Conclusión: Debemos hacer un correcto diagnóstico de ptosis palpebral-retracción palpebral contralateral en pacientes con enfermedad tiroidea. Destacamos lo inusual de la asociación de ptosis aponeurótica en paciente joven con enfermedad de Hashimoto eutiroidea, puesto que la alteración palpebral más frecuente en la enfermedad tiroidea es la retracción palpebral del párpado superior.

Sólo hay publicados 4 casos de ptosis palpebral asociada a enfermedad tiroidea. Tres presentaban neuropatía compresiva tiroidea, y el otro una gran infiltración de músculos extraoculares. Así, este es el primer caso en el que la ptosis palpebral unilateral es la primera manifestación de una orbitopatía tiroidea leve.

E-mail autor: carlosdanielcdbl@gmail.com

CP42 Tratamiento con fresa de diamante de los tatuajes faciales traumáticos causados por explosiones de pólvora

*Dra. María Carolina Bruzual Lezama, Dra. Nuria Ibáñez Flores,
Dra. Lorena Fernández Montalvo*

Antecedentes: Los tatuajes de explosiones de pólvora son el resultado de la implantación traumática de gránulos de pigmentos en las diferentes capas de la piel. El tratamiento debe ser efectivo e inmediato, para evitar cicatrices antiestéticas permanentes. Existen varios métodos para removerlos que han sido usados hasta ahora. En este artículo describimos el tratamiento efectivo de estas cicatrices con un método alternativo usando una fresa de diamante.

Caso clínico: Paciente masculino, de 49 años, que acudió a la urgencia 24 horas después de la explosión accidental de un dispositivo pirotécnico en la cara. En el examen tenía lesiones en los ojos (conjuntiva y córnea), cara, cuello, tórax, antebrazo y manos. 48 horas después del accidente se apreciaban los gránulos de pigmento de pólvora incrustados en los párpados, la región periocular y la cara, los cuales se eliminaron con una combinación de diferentes métodos: cepillado, dermoabrasión, extracción simple; para la extracción de los gránulos más profundos se utilizó una fresa de diamante de 0,5 mm de diámetro con excelentes resultados.

Conclusiones: El tratamiento inmediato de los tatuajes de explosión de pólvora aumenta la probabilidad de un buen resultado. En muchos casos, es necesario combinar varios tipos de tratamiento. La fresa de diamante ha demostrado ser una herramienta útil para los tatuajes de pólvora con restos de pigmento incrustados profundamente, causando trauma de piel mínimo, con excelentes resultados y evitando cicatrices antiestéticas que pueden alterar la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: Fresa de diamante, explosión de pólvora, tatuaje facial traumático

E-mail autor: mariacarolab1983@gmail.com

CP43 De la clínica a la histología en las neoplasias de borde libre de párpado

Dra. María Castroviejo Bolibar, Dr. Pablo Almuiña Varela, Dr. José Miguel Pérez Dieste, Dr. Juan Stael Apolo

Introducción: Los tumores de borde libre palpebral (BLP) representan una patología de gran interés en las consultas de Oculoplastia. Su situación les confiere características especiales, por la proximidad y posibilidad de contacto precoz con el globo ocular.

Objetivos: Describir la patología tumoral del BLP y la congruencia entre los diagnósticos clínico e histo-patológico en pacientes remitidos a la Unidad de Oculoplastia.

Material y métodos: El estudio incluye una serie de 36 casos de neoplasias de BLP tratados entre 2015 y 2017. Se describen los datos epidemiológicos y se comparan los resultados de los diagnósticos clínico e histo-patológico. Nivel de evidencia científica IV.

Resultados: La mejor correlación clínico-histológica la encontramos, por orden de frecuencia, en: carcinoma basocelular (CBC), papiloma, quistes y melanoma.

Las neoplasias más comunes en nuestra serie son los CBC.

La edad media de presentación es de 65,89 años.

El 54,66% de los pacientes son mujeres.

El tiempo medio de evolución hasta la primera consulta en la Unidad es de unos 3 años.

Discusión: La clínica de estas lesiones, aunque limitada, co-existe con signos indicadores de malignidad que no deben obviarse: el 75% de los tumores malignos de nuestra serie presentaron dichos signos de alarma.

La edad media de presentación es más alta en los pacientes con tumores malignos.

La correlación clínico-histológica es mayor en las lesiones malignas y en las más frecuentes.

Nuestros resultados concuerdan con los de otros autores.

Conclusiones: En nuestra serie, el carcinoma basocelular es la neoplasia más frecuente de los tumores de borde libre del párpado, seguida de papilomas, nevus y quistes.

Los signos de alarma deben tenerse en cuenta pero la inespecificidad de la clínica obliga siempre al estudio histo-patológico.

E-mail autor: dra.maria.castroviejo@gmail.com

CP44 Radioterapia en tumores palpebrales. Serie de casos

Dra. María Pilar Criado Muñoz, Dra. María Inmaculada Díez Guerra, Dra. Carolina Mateos Vicente, Dr. José García Hinojosa

Objetivo: Describir a través de casos clínicos en que ocasiones puede estar indicada la radioterapia en el tratamiento de tumores palpebrales, que modalidades existen y que efectos secundarios pueden aparecer.

Materiales y métodos: Presentamos 2 casos clínicos de pacientes nonagenarios, con tumores palpebrales extensos, que requerirían de una exenteración. Dada la edad avanzada, el rechazo al tratamiento radical y tras presentar sus casos en el comité de tumores, se decidió tratamiento paliativo con radioterapia. En el primer caso se trataba de un carcinoma escamoso y en el segundo de un Ca. Basocelular esclerodermiforme con diferenciación escamosa recidivado.

Conclusiones: Aunque la cirugía sigue siendo el gold standard en el tratamiento de los tumores palpebrales, hay ocasiones en que bien por el tamaño del tumor o por su localización, se puede emplear la radioterapia como tratamiento primario o combinado con otros tratamientos. Se ha demostrado que la Radioterapia superficial con dosis fraccionadas es un método efectivo para el tratamiento de tumores cutáneos palpebrales, que presenta menos efectos secundarios y es bien tolerado por el paciente. Se recomienda fundamentalmente en mayores de 50 años y si se emplea como tratamiento primario, únicamente en tumores superficiales y en áreas menores de 15 mm.

E-mail autor: pilar.criado@infonegocio.com

CP45 Linfoma de células B de la zona marginal extranodal del tejido linfoide asociado a mucosas (MALT) en tarso superior. A propósito de un caso.

*Dra. Laura Fernández del Cotero Secades, Dr. Rafael Ollero Martí,
Dra. Jessica Botella García, Dra. María de la Paz Fideliz*

Introducción: Los linfomas de anejos oculares constituyen el 8% de todos los linfomas extranodales, el más frecuente es el de células B de la zona marginal extranodal del tejido linfoide asociado a mucosas (MALT). Aparece en edad media con predominio en el sexo femenino. Se ha asociado a agentes infecciosos y translocaciones. En inmunohistoquímica se expresa positividad por CD20, CD3, BCL2, BCL10.

Caso: Varón de 44 años que acude a consulta por sensación de cuerpo extraño en el ojo derecho de meses de evolución. Su AVSC es la unidad. No tiene antecedentes médicos de interés. En la exploración, al evertir el párpado superior, se observa una lesión sobrelevada, de coloración rosada, con neovasos, que se extiende hasta la mitad de tarso superior. Se trata con corticoides tópicos. Al no haber respuesta al tratamiento a los 15 días, se realiza biopsia de la lesión, obteniéndose en inmunohistoquímica CD20+ y CD3+, y apreciándose cambios morfológicos compatibles con linfoma tipo MALT. Se procede a estudio de extensión (RM Orbitaria, TAC toracoabdominal y Biopsia de médula ósea) que sale negativo. Se aplicó tratamiento con radioterapia local a una dosis de 1,8Gy en 17 sesiones, con dosis total de 30,6Gy. Se constata una remisión total, dejando al paciente únicamente con lubricación de la superficie ocular. Se le realiza seguimiento con controles anuales. Transcurridos 6 años desde, no se evidencia recurrencia tumoral.

Discusión: La exploración exhaustiva de la conjuntiva es muy importante. La imposibilidad de diferenciar clínicamente las lesiones benignas de las malignas obliga a remarcar la importancia de la realización una biopsia de la lesión. El estudio anatomopatológico debe completarse con el estudio inmunohistoquímico y molecular para un diagnóstico concreto. El tratamiento principal esta radioterapia. Otros son la quimioterapia, la resección quirúrgica, las inyecciones de interferón α -2b o rituximad. Es fundamental el seguimiento para identificar las recurrencias.

E-mail autor: laurafcotero@gmail.com

CP46 Cirugía del entropión del párpado superior mediante la técnica de reposición de lamela anterior. A propósito de un caso

Dr. Jorge Fernández Engroba, Dra. Laura Fernández del Cotero Secades, Dr. Rafael Ollero Martí, Dr. Gorka Martínez Grau

Introducción: La cirugía del entropión de párpado superior sin afectación corneal se aborda mediante la técnica de reposición de lamela anterior, supone realizar un retroceso de la lamela anterior sobre la posterior, y con ello evitar el contacto de las pestañas con la superficie ocular.

Caso: Varón de 70 años con historia de ptosis de pestañas y distiquiásicas de párpado superior desde hace más de 15 años, que se ha sometido a electrocoagulación de pestañas hace 8 años. Acude en numerosas ocasiones a urgencias por molestias en la superficie ocular. Se le trata con lubricación y retirada de pestañas. En la exploración se observa un entropión del párpado superior bilateral, con algunas pestañas distiquiásicas sin existir contacto directo de las pestañas con la córnea. La Agudeza visual corregida es de 0,85 en ambos ojos. El segmento anterior es sano con Facoesclerosis. Se decide realizar una cirugía de reposición de lamela anterior sin complicaciones con buena evolución postoperatoria. Primero el ojo izquierdo y al mes el ojo derecho, con buenos resultados anatómicos y funcionales al mes de la cirugía.

Técnica quirúrgica: Se realiza sutura de 5/0 (Prolene) posterior a la línea gris. Incisión con Bard Parker del 11 a nivel de la línea gris, y acceso cutáneo de blefaroplastia en surco palpebral, disección por debajo del surco cutáneo hasta exponer el tarso superior con exposición del plano pretarsal hasta conseguir la separación de lamela posterior. Posteriormente se sutura la lamela anterior a unos 5mm de la posterior. Se realiza un pequeño corte en el músculo elevador para debilitarlo. Se sutura de forma continua la piel con sutura (Prolene) 7/0 y se coloca un punto de Frost con vector hacia abajo.

Discusión: La técnica de reposición de lamela anterior, tiene numerosas variantes. Consideramos que la Técnica expuesta ofrece una rápida recuperación y excelentes resultados anatómicos y funcionales.

E-mail autor: laurafcotero@gmail.com

CP47 Manejo quirúrgico del entropión cicatricial complicado superior.

Dra. Berta García Tomás, Dra. Salomé Abenza Baeza, Dra. Eugenia Gijón Vega, Dr. Álvaro de Casas Fernández

Objetivo: Demostrar la utilidad del injerto de mucosa bucal en el tratamiento del entropión cicatricial del párpado superior complicado.

Caso clínico: Presentamos un varón de 70 años con molestias en el ojo izquierdo (OI) de años de evolución por triquiasis de causa desconocida, tratado con electrocauterización en múltiples ocasiones.

A la exploración se observa un entropión cicatricial del párpado superior izquierdo (PSI) por fibrosis subtarsal, triquiasis y queratitis superior. No presenta lagoftalmos en OI. La exploración del ojo derecho es completamente normal.

Se realiza división de láminas en PSI sin incidencias, pero a los 3 meses de la cirugía se objetiva recidiva del entropión asociando además, una retracción palpebral superior de 2 milímetros (mm) y lagoftalmos de 1 mm, por lo que se decide realizar fractura tarsal con interposición de injerto de mucosa bucal. Seis meses después de la cirugía el paciente permanece asintomático sin signos de recidiva ni lagoftalmos.

Discusión: El entropión cicatricial superior es una patología multifactorial de difícil manejo, ocasionada por el acortamiento fibrótico de la lámina posterior que rota el margen palpebral hacia dentro y consecuentemente produce inversión de las pestañas. Aunque la división de láminas es la primera opción terapéutica en casos leves-moderados, en ocasiones es necesario recurrir a injertos mucosos para solucionar el problema de base.

Conclusión: El entropión cicatricial superior complicado puede poner en peligro la transparencia corneal si no se trata de forma precoz. Las recidivas son frecuentes, incluso en casos con adecuado tratamiento, y supone un reto quirúrgico en el ámbito de la oculoplástica por sus resultados, en ocasiones, impredecibles. El injerto de mucosa bucal ha demostrado ser de gran utilidad, con poca morbilidad en el sitio donante y eficacia funcional convirtiéndose en una buena alternativa cuando fracasa la separación de láminas o se asocia retracción palpebral. Evidencia IV.

E-mail autor: bgarciatomas@gmail.com

CP48 Necrosis palpebral por Serratia liquefaciens y Candida parasilopsis tras cirugía de entropión cicatricial superior

Dra. Eugenia Gijón Vega, Dra. Salomé Abenza Baeza, Dra. Berta García Tomás, Dr. Álvaro de Casas Fernández

Objetivo: Discutir las posibles etiologías de una necrosis cutánea por microorganismos inusuales tras cirugía palpebral.

Caso clínico: Presentamos un paciente de raza negra de 56 años con coloboma central y entropión cicatricial del párpado superior izquierdo secundario a traumatismo 10 años antes. Se realiza división de láminas sin incidencias y acude a consulta para retirada de puntos a los 13 días, observándose una placa extensa de necrosis cutánea que se retira y se manda a microbiología. Se instaura tratamiento empírico con Augmentine oral, Linitul sobre la herida y pomada Oftacilox cada 6 horas. El cultivo aísla Staphylococcus epidermidis, Candida parasilopsis y Serratia liquefaciens, sensibles a Ciprofloxacino, por lo que se cambia de tratamiento oral, con buena evolución y cicatrización por segunda intención. El entropión cicatricial se resolvió y el resultado estético fue aceptable.

Discusión: Candida parasilopsis, frecuente en onicomicosis subungueal o vulvovaginitis, también se ha relacionado con la manipulación de aparatos sanitarios. Serratia liquefaciens, responsable de infecciones nosocomiales por contaminación de equipos sanitarios, ha aparecido en infecciones oculares en portadores de lentes de contacto. Sin embargo, en la literatura no se han descrito en infecciones tras cirugía palpebral. Por ello, a pesar de una correcta profilaxis en higiene palpebral, una cirugía sin incidencias y la ausencia de patologías inmunosupresoras, el aislamiento de ambos microorganismos nos hace pensar en la falta de higiene del paciente, más que en una infección nosocomial.

Conclusión: La infección tras cirugía palpebral es muy infrecuente pero hemos de estar alerta y enviar las muestras precozmente a microbiología para la realización de cultivo y antibiograma, con el fin de no demorar el tratamiento adecuado y evitar secuelas devastadoras.

Nivel evidencia: IV.

E-mail autor: eugeniagijonv@gmail.com

CP49 Coloboma palpebral y lagoftalmos en el Síndrome de Rapp-Hodgkin

Dra. Eugenia Gijón Vega, Dra. Salomé Abenza Baeza, Dra. Berta García Tomás, Dr. Álvaro de Casas Fernández

Objetivo: Dar a conocer el Síndrome de Rapp-Hodgkin y su asociación con alteraciones oculares y palpebrales.

Caso clínico: Presentamos un niño de 10 años con Síndrome de Rapp-Hodgkin (mutación del gen TP63), antecedentes de parálisis facial izquierda sin secuelas y dermoide conjuntival temporal izquierdo resecaado hace años junto a cantoplastia superior. Además, precisó varios sondajes por obstrucción congénita nasolagrimal, actualmente asintomático.

Acude por lagoftalmos nocturno del ojo izquierdo a nivel temporal. En la exploración, además de una ptosis moderada de ambos párpados, se observa un coloboma del tercio externo del párpado superior izquierdo y leucoma corneal temporal por úlceras de repetición. El lagoftalmos solo se manifiesta en decúbito supino y en área temporal, coincidiendo con el coloboma, así que se descarta la colocación de una pesa de oro.

Para la elongación de la lámina posterior se realiza una blefarotomía temporal completa del párpado superior izquierdo sin injerto y para la lámina anterior, un injerto de piel del antebrazo, descartando el pre o retroauricular por la agenesia de ambos pabellones auriculares. El resultado funcional y estético fue satisfactorio, con desaparición del lagoftalmos y las úlceras corneales.

Discusión: El Síndrome de Rapp-Hodgkin es una enfermedad extremadamente rara, perteneciente a un grupo de síndromes polimalformativos con displasia ectodérmica y gran variabilidad de manifestaciones sistémicas y oftalmológicas.

En este caso, el lagoftalmos nocturno era ocasionado por el coloboma palpebral y no por la parálisis facial y, por tanto, la elongación de ambas láminas fue una opción válida para su resolución.

Conclusión: En síndromes con tanta diversidad de manifestaciones oftalmológicas, es importante estudiar la etiología, ya que un mal diagnóstico puede llevarnos a tomar una decisión quirúrgica errónea y agravar el problema de base.

Nivel de evidencia: IV.

E-mail autor: eugeniagijonv@gmail.com

CP50 Fascitis necrotizante periorbitaria: importancia de un diagnóstico precoz

Dr. Hugo González Valdivia, Dr. Tomás Yunes Abumohor, Dra. Teresa de la Fuente Sánchez, Dr. Jon Federío Arostegui

Objetivos: La fascitis necrotizante es una infección profunda del tejido subcutáneo que resulta en una destrucción progresiva de la fascia y la grasa, evolucionando rápidamente a gangrena y fallo multiorgánico. Estudios muestran que cuando se afecta la zona periorbitaria sólo un 15-30% de los pacientes son diagnosticados oportunamente en el ingreso. Presentamos el caso de un paciente con fascitis necrotizante palpebral por *S. Pyogenes* con una rápida evolución a shock séptico y fallo multiorgánico.

Caso clínico: Varón, de 45 años que acude al servicio de urgencia por cuadro de 2 horas de evolución de dolor e inflamación en párpado superior derecho no refiriendo alergias conocidas ni traumatismos previos. Además niega fiebre u otra clínica asociada.

El cuadro fue manejado en la urgencia como angioedema con mala respuesta a Corticoides EV + Adrenalina SC. Por lo que se decide ingreso y evaluación por oftalmología.

El paciente evolucionó desfavorablemente formando bullas y gangrena franca asociándose a fiebre y toxicidad sistémica, por lo que se decide realizar debridamiento quirúrgico amplio de la zona afectada, tras lo cual el paciente fue evolucionando de forma satisfactoria.

Discusión: las infecciones necrotizantes de tejidos blandos se caracterizan por destrucción fulminante del tejido, toxicidad sistémica, y alta tasa de mortalidad. Esta patología tiene mal pronóstico por la elevada incidencia de shock y fallo multiorgánico, la forma localizada en párpados tiene una mortalidad del 10% al 30%.

Conclusiones: El tratamiento de la fascitis necrotizante consiste en una exploración quirúrgica agresiva y precoz con el fin de debridar todo el tejido necrótico, asociado a una antibioterapia de amplio espectro y soporte hemodinámico. En este caso la sospecha precoz, el tratamiento médico quirúrgico y soporte hemodinámico en UCI, permitieron una evolución favorable, sin secuelas graves para el paciente.

E-mail autor: hgonzalezvaldivia@gmail.com

CP51 Reconstrucción del párpado superior completo tras escisión de tumor extenso mediante técnica de Cutler-Beard

Dr. Martín Guerrero Mártir, Dra. Irene Temblador Barba, Dr. Carlos Gálvez Prieto-Moreno

Objetivos: Describir la reconstrucción del párpado superior completo mediante la técnica de Cutler-Beard

Caso clínico: Hombre de 79 años que acude por presentar tumor extenso en párpado superior. Se interviene de forma preferente en quirófano, donde se procede a escindir de forma completa el párpado superior, ya que el tumor ocupa prácticamente toda su extensión. Se reconstruye éste posteriormente mediante la técnica de Cutler-Beard, de manera que se dibuja una línea horizontal a 5 milímetros del párpado inferior paralela a la línea de pestañas y se hace una incisión a lo largo de esta línea. Se perfora el grosor completo del párpado y se crea un flap que se sube hasta el defecto superior a través de la incisión que se ha creado debajo del párpado inferior, quedando así reconstruida la zona afectada por la escisión tumoral. Finalmente, la sutura puede hacerse en tres capas, pero en nuestro caso solamente la hicimos en dos capas, observando buen aspecto.

A las 6 semanas, se realiza la segunda parte de la cirugía, donde se separan los márgenes palpebrales, queda el párpado inferior sin alteraciones y el párpado superior reconstruido, con buen resultado estético y funcional.

Discusión. Aunque este procedimiento es muy efectivo y se obtienen buenos resultados, la cicatrización es lenta, a causa del edema de los tejidos reconstruidos. Muchas veces son necesarios más de un retoque.

Como secuela, el ectropión del párpado inferior es infrecuente. El tensado del párpado inferior está indicado solo si permanece laxo. El entropión de párpado superior supone un problema para muchos pacientes, y ante esto, se puede colocar un injerto de cartílago auricular unido a la lamela anterior.

Conclusiones. La técnica de Cutler-Beard es un procedimiento exitoso para tumores de párpados superiores que se acompañan de una gran pérdida de tejido. El cierre a largo plazo de los párpados y la necesidad de cirugía secundaria son las principales desventajas de este tipo de cirugía.

CP52 Fractura tarsal con injerto de mucosa oral como tratamiento de entropión cicatricial severo

Dr. Martín Guerrero Mártir, Dra. Irene Temblador Barba, Dr. Carlos Gálvez Prieto-Moreno

Objetivos: Describir un caso de entropión cicatricial severo corregido mediante fractura tarsal con injerto de mucosa labial

Caso clínico: Mujer de 62 años que acudió a consulta por presentar úlceras corneales de repetición en ojo derecho. En la exploración, se evidenciaron varias úlceras corneales inferiores y entropión cicatricial severo del párpado inferior, siendo el resto normal.

Se decide intervención quirúrgica mediante fractura tarsal con injerto de mucosa labial. Se realizó una incisión horizontal a nivel inferior del tarso, separando la conjuntiva de éste. Colocamos el injerto de mucosa, previamente obtenido, debajo del tarso y se suturó a este y a la conjuntiva con vicryl 6/0. Se asoció además al procedimiento una cantotomía con cantolisis y suturas eversoras. El resultado post quirúrgico fue bueno y las úlceras corneales remitieron.

Discusión: El objetivo del tratamiento para todas las formas de entropión cicatricial consiste en restaurar la longitud normal de la lamela posterior mediante incisiones solas o con injertos, ya que ésta se encuentra acortada. La operación de fractura tarsal (también conocida como tarsotomía) se utiliza para el entropión marginal o grados leves de entropión cicatricial del párpado inferior. Cuando el entropión es demasiado intenso para permitir el alargamiento solo con incisiones, resultan necesarios los injertos de membrana mucosa.

Conclusiones: Los pacientes con entropión cicatricial tienen las pestañas dirigidas hacia el ojo, y por ello tienen riesgo de desarrollar patología corneal. El procedimiento de fractura tarsal con injerto de membrana de mucosa labial es una técnica con buenos resultados para corregir el entropión cicatricial, siempre que haya soporte tarsal suficiente. Los injertos de mucosa son preferibles a otros porque hay mayor tolerancia por la superficie corneal.

CP53 Síndrome Melkersson-Rosenthal asociado a paresia de nervio hipogloso

*Dra. Elena Guzmán Almagro, Dra. Ana María Angulo Granadilla,
Dra. Rosita Lucía Wakfi Corieb, Dr. Ignacio Tapias Elías*

Caso clínico: Mujer de 72 años sin antecedentes de interés que presentó 5 episodios de parálisis facial periférica tanto derecha como izquierda en un periodo de dos años. El cuadro clínico se acompañó edema facial, periocular, labial y enrojecimiento de hemicara además de lengua geográfica.

La agudeza visual se ha mantenido en el tiempo. En biomicroscopía presentaba queratitis superficial concomitante debido al lagofthalmos.

En los dos últimos episodios presentó ptosis bilateral sin fatigabilidad, con buena función del elevador del párpado, sin debilidad del orbicular y Bell invertido. Persiste paresia XII par craneal izquierdo que cursa debilidad hemilingual ipsilateral.

La resonancia cerebro-orbitaria fue normal y el electromiograma no mostró signos de daño axonal del nervio facial. El estudio autoinmune y la enzima convertidora de angiotensina resultaron dentro de la normalidad. La serología fue positiva para IgG de VHS, CMV y VEB, siendo negativa para IgM. La paciente presenta muy buena respuesta a corticoides en días consiguiéndose remisión completa. Se encuentra asintomática entre brotes.

Discusión: El síndrome Melkersson-Rosenthal es un trastorno neuromucocutáneo poco frecuente con una prevalencia del 0,08% y suele debutar en la segunda década de la vida. Se caracteriza por la tríada de inflamaciones orofaciales recurrentes, parálisis facial con recaídas y lengua fisurada; siendo la primera la más frecuente. La tríada clásica no es frecuente en su forma completa (25%), siendo las formas oligosintomáticas más comunes. La etiología es desconocida.

Conclusiones: Ante cuadro de parálisis facial periférica además de la evaluación de edema facial y fisuras linguales es necesario valorar la parálisis de otros pares craneales tales como el trigémino, glossofaríngeo e hipogloso que pueden ocasionalmente verse afectados.

A pesar de tratarse de un cuadro más típico de edad adolescente, existen casos descritos en edades más tardías.

E-mail autor: elenaguzmanal@gmail.com

CP54 Tricofoliculoma: a propósito de un caso

Dr. Carlos Isanta Ota, Dra. Raquel Herrero Latorre, Dr. Francisco Javier Fernández Tirado, Dra. María Haro Herrero

Objetivo: Comunicar el caso de una lesión en el canto interno del ojo izquierdo que resultó ser un tricofoliculoma. Se describen sus características clínicas, histopatología y tratamiento.

Caso clínico: Varón de 23 años con lesión umbilicada con un mechón de pelo en el centro, de 0.7cm de diámetro, del color de la piel, bordes bien circunscritos y consistencia firme localizada en el canto interno del ojo izquierdo, cuya evolución fue crónica con episodios de salida de material líquido y mucoso. Se realizó una dacriocistografía que descartó fistulización a vía lagrimal y una RMN que descartó el compromiso de estructuras orbitarias. Se realizó escisión completa de la lesión y la anatomía patológica confirmó la sospecha clínica de tricofoliculoma.

Discusión: El tricofoliculoma es un hamartoma complejo con diferenciación folicular, cuya evolución es habitualmente crónica y asintomática. Se presenta entre los 20 y 60 años y no existe predilección por ningún género o raza.

Clínicamente, se presenta como una lesión de consistencia firme, umbilicada, de 0.5 a 1 cm de diámetro, del color de la piel. Suele observarse un poro central dilatado, donde emerge un mechón de pelo, denominado signo de Pinkus, que en este caso se presentó. Predomina en cabeza y cuello, afectando principalmente nariz y mejillas; El patrón histológico característico es una dilatación infundibular que puede adoptar un aspecto quístico en la dermis pudiendo comunicarse con la superficie. A partir de la dilatación emergen folículos secundarios y terciarios de los que surgen vellos dirigidos de manera centrípeta hacia la epidermis para formar el signo típico del penacho de pelos. El tratamiento de elección consiste en extirpación quirúrgica de bordes libres con cierre primario.

Conclusiones: El tricofoliculoma es una entidad rara, pero fácilmente reconocible por sus características clínicas. Debemos hacer el diagnóstico diferencial con otras enfermedades potencialmente malignas que deben ser tratadas.

E-mail autor: isantaotal@gmail.com

CP55 Expresión de marcadores embrionarios en células mesenquimales de pterygium

Dra. Samira Ketabi Shadvar, Dra. Sara Rodrigo Rey, Dra. María Ángeles Montes Mollón, Dra. M^a Consuelo Pérez Rico

Propósito: Determinar la presencia de células mesenquimales indiferenciadas (stem cell) en cultivos celulares de tejido humano de pterygium. La activación y proliferación de las stem cells pueden estar involucradas en la fisiopatología del pterigium.

Métodos: Mediante técnicas de inmunohistoquímica se trazó la expresión de marcadores de células madres embrionarias OCT3/4 y CD9, y el resto de los fenotipos celulares se identificaron con los anticuerpos monoclonares anti-CD31, a-actina y vimentina.

Para llevar a cabo el cultivo celular se extrajeron las células de 6 pterygium y fueron cultivadas en Amniomax. Después al alcanzar la confluencia fueron sembradas en microplacas de 24 pocillos, y se estudiaron los cultivos celulares en el segundo subcultivo.

Conclusión: La vimentina fue positiva en toda la población celular. Los marcadores embrionarios OCT3/4 se hallaron en más del 97% de la población y CD9 fue positivo para prácticamente la totalidad de las células. Mientras que la expresión de a-actina y anti-CD31 fue menor del 1%.

Discusión: En nuestro estudio, se confirma que el tejido de pterygium está compuesto por una población celular mesenquimal en su gran mayoría con una elevada expresión de marcadores embrionarios OCT3/4 y CD9. La alta presencia de stem cells en los pterygium podría ser el origen de la alta tasa de recurrencias de esta patología tras su extirpación quirúrgica.

Nivel Ib.

E-mail autor: samiraketabi@gmail.com

CP56 Coloboma congénito palpebral: a propósito de un caso.

*Dra. Sara Marco Monzón, Dra. Patricia Ramiro Millán, Dra.
Diana Pérez García, Dr. Jesús Castillo Laguarda*

Los colobomas palpebrales son malformaciones congénitas causadas por el anormal desarrollo del mesodermo en la embriogénesis. Su forma y localización es variable, siendo la afectación del tercio interno la localización más frecuente.

Generalmente es un hallazgo de origen idiopático, aunque puede relacionarse con afectaciones sistémicas en contexto de enfermedades como el síndrome de Goldenhar, síndrome de Fraser o Treacher Collins.

Dada la presencia de apéndices preauriculares bilaterales junto con el coloboma en tercio interno de párpado superior en nuestro paciente se presume un posible caso de síndrome de Goldenhar, pendiente de confirmación genética.

El tratamiento del coloboma es quirúrgico, con la pretensión de evitar queratopatías por exposición corneal así como para mejorar el estado estético del paciente. En el caso expuesto se llevó a cabo una sutura directa por planos del párpado superior, ya que el defecto era inferior al 50% de la longitud palpebral, obteniendo buenos resultados estéticos y funcionales.

E-mail autor: sara.marco.monzon@gmail.com

CP57 Papulosis linfomatoide de canto interno : a propósito de un caso

Dra. Laura Martínez Campillo, Dra. María Dolores Miranda Rollón, Dr. Ignacio Español Morales, Dr. Sebastián Ortiz Reina

Objetivo: Describir un caso atípico de tumoración en canto interno.

Caso clínico: Presentamos un paciente de 77 años remitido a nuestro servicio por una lesión ulcerativa de rápida evolución en canto interno de ojo derecho. Como antecedentes personales cabe destacar el diagnóstico reciente de una gammapatía monoclonal de significado incierto (GMSI) IgG lambda, de riesgo intermedio de transformación a mieloma múltiple. Ante la sospecha de malignidad de la tumoración palpebral se llevó a cabo una resección completa del tumor con márgenes de seguridad de 3.5 mm con reconstrucción posterior mediante colgajo cutáneo de rotación glabellar con cantopexia asociada. La anatomía patológica mostró una proliferación linfoide CD30+ con morfología de papulosis linfomatoide. Se llevó a cabo un estudio de extensión con PET-TAC cuyos resultados fueron negativos, por lo que no precisó tratamiento hematológico sistémico.

Discusión: Los tumorales palpebrales se presentan principalmente en el párpado inferior y en segundo lugar, en el canto interno. Entre las estirpes tumorales que más frecuentemente afectan a esta zona destacan los carcinomas basocelular y espinocelular, siendo infrecuentes las proliferaciones linfomatosas. La papulosis linfomatoide es considerada una forma poco frecuente de enfermedad linfoproliferativa cutánea, cuya localización palpebral es extremadamente rara. El diagnóstico se realiza mediante estudio histopatológico e inmunohistoquímico. El tratamiento es la exéresis quirúrgica completa y el pronóstico es bueno, con un curso clínico benigno aunque los pacientes afectados tienen un riesgo aumentado de desarrollar neoplasias linfoides secundarias.

Conclusión: La papulosis linfomatoide es una entidad hematológica infrecuente en áreas perioculares que requiere estudio de afectación sistémica, en nuestro caso una GMSI ya presente al momento del diagnóstico.

E-mail autor: laurita_lmc@hotmail.com

CP58 Colgajo mustarde para reconstrucción facial post exéresis lentigo maligno palpebral

*Dra. María Mas Castells, Dra. Marta Prat Calsina, Dra. Yasmin
Arelly Cartagena Guardado, Dra. Ana Rosa Martínez Palmer*

Paciente de sexo femenino de 72 años de edad, con antecedente de lentigo maligno en canto interno de ojo derecho, previamente tratado con radioterapia hace 7 años, presenta una lesión hiperpigmentada de márgenes difusos, en canto interno palpebral y párpado inferior de ojo derecho, de aproximadamente 4x4cm.

Los resultados histopatológicos evidencian lentigo maligno *in situ*.

Se realiza a la exéresis de la lesión mediante cirugía micrográfica modificada de Mohs, extrayendo la piel visiblemente afecta y márgenes de seguridad.

La superficie cutánea extraída total es amplia, abarca canto interno palpebral, punto lagrimal inferior y párpado inferior.

Pasada una semana y asegurados los márgenes libres de lesión vía anatomía patológica, se procede a la reconstrucción mediante un colgajo Mustarde proveniente de la mejilla derecha.

La paciente evoluciona favorablemente, con cicatrización correcta de la herida cutánea, sin signos de necrosis ni infección.

A los 6 meses de la exéresis de la lesión no se evidencia recurrencia.

Como complicación presenta epifora por ablación del punto lagrimal inferior.

El melanoma es la tercera lesión en orden de frecuencia entre las lesiones malignas de la piel, siendo el lentigo maligno el más común en la zona periorbitaria y localizándose en párpado inferior.

La cirugía micrográfica de Mohs se ha descrito como la mejor opción terapéutica para los melanomas de esta región, prefiriéndose la técnica modificada o diferida, debido a sus menores tasas de recurrencia local y al ahorro de tejido sano.

El colgajo de Mustardé es una buena técnica de reconstrucción del párpado inferior, ya que proporciona un adecuado subministro sanguíneo, por la similitud en color y textura de la piel y porque puede practicarse en un solo tiempo quirúrgico.

E-mail autor: maria@soms.cat

CP59 Diagnóstico y tratamiento de carcinomas basocelulares palpebrales. ¿Cómo lo hacemos?

*Dra. Brenda Carmina Mendoza García, Dra. Nuria Ibáñez Flores,
Dra. Lorena Fernández Montalvo, Dra. Carolina Bruzual Lezama*

Objetivo: Estudiar el abordaje médico y quirúrgico de los casos diagnosticados de carcinoma basocelular palpebral a través de una anatomía patológica (AP) en un periodo comprendido de 10 años, seguimiento, tratamiento quirúrgico y recidivas presentadas.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de 10 años (2007 – 2017) de pacientes diagnosticados con carcinoma basocelular (CBC) palpebral. Se identificaron 80 casos clínicos y se estudiaron diferentes variables.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes operados y con seguimiento en ICR de mínimo 6 meses, AP positiva (+) a carcinoma basocelular (CBC). Los criterios de exclusión: SD de CBC con AP negativa (-) a CBC, sin seguimiento mínimo de 6 meses o no operados por nuestro equipo quirúrgico.

Resultados. La edad media fue de 70,18 años, con predominio por el sexo femenino, con una media de 31,97 días desde la sospecha diagnóstica hasta la cirugía, el párpado inferior izquierdo fue el más afectado, el tipo de carcinoma más operado fue el carcinoma de tipo nodular, la mayoría de los márgenes quirúrgicos posterior a la primera exéresis fueron negativos, el tipo de cirugía más realizada en el primer tiempo quirúrgico fue exéresis con plastia y la segunda fue una combinación de técnicas de reconstrucción, el seguimiento medio fue de 12,4 meses (6 a 8 años) con una recidiva de 3,7%.

Discusión: El carcinoma basocelular es el tumor cutáneo maligno más frecuente en la raza blanca con una velocidad de crecimiento lenta. Se sabe que el principal factor etiológico es la luz solar por daño acumulado sobre el ADN con escaso potencial metastático pero con un poder invasivo local importante.

Las técnicas quirúrgicas utilizadas y el tratamiento complementario así como el seguimiento estrecho son fundamentales para la curación de ésta patología.

Conclusiones: El presente estudio muestra resultados comparables con las últimas publicaciones.

E-mail autor: brenda_carmina@yahoo.com

CP60 Metástasis parotídea de carcinoma basocelular. Caso clínico.

*Dra. Brenda Carmina Mendoza García, Dra. Nuria Ibáñez Flores,
Dra. Lorena Fernández Montalvo, Dr. Sebastián Prieto Briceño*

Objetivo: Presentamos un caso atípico de metástasis parotídea de un carcinoma basocelular en una mujer diagnosticada a la vez de un carcinoma de células escamosas.

Caso clínico: Mujer de 62 años acude a nuestro servicio con una historia de blefaritis tratada durante más de 5 años en otro centro.

En la exploración: párpado inferior izquierdo con madarosis importante, se recomienda exéresis amplia y estudio de anatomía patológica (AP) mostrando: carcinoma basocelular nodular e infiltrante sobre piel con cambios de queratosis actínica con atipia severa de queratinocitos.

Se indica un estudio de extensión por sospecha de carcinoma de células escamosas y una ampliación de márgenes quirúrgicos. La segunda AP mostraba márgenes negativos y el estudio de extensión fue negativo.

Durante 1 año no muestra recidivas. Inicia con secreciones del ojo izquierdo y con úlcera corneal neurotrófica, se trata con lubricantes, cámara húmeda y tarsorrafia, ésta última mejorando el aspecto corneal. Se observa un aumento en el volumen de la glándula lagrimal corroborando por resonancia magnética (RM) una infiltración neoplásica, es referida a Oncología e inicia con radioterapia. El estado de la córnea empeora y se observa una nueva lesión en el párpado superior, se corrobora por AP un carcinoma escamoso y se decide exenterar.

En la RM de seguimiento no se observan infiltraciones a SNC pero observamos una asimetría en el tamaño parotídeo y se realiza biopsia mostrando grupos de células basaloideas compatibles con metástasis de carcinoma basocelular.

Conclusiones: La metástasis de carcinomas basocelulares son extremadamente raras, se han reportado 130 casos en el mundo, normalmente tienden a producir infiltración local y en manos expertas una exéresis con márgenes amplios es curativa.

Nuestro caso muestra una metástasis de un carcinoma basocelular infiltrante que se diagnosticó en un primer tiempo con márgenes negativos.

E-mail autor: brenda_carmina@yahoo.com

CP61 Reconstrucción de tumores de canto interno

Dra. María Dolores Miranda Rollón, Dra. Laura Martínez Campillo, Dr. Domingo Giménez Castejón, Dra. Concepción Molero Izquierdo

Objetivo: Evaluar los resultados anatómicos y funcionales de los tumores de canto internos tratados quirúrgicamente en nuestro servicio en los últimos cinco años.

Material y método: Revisión de 15 tumores basocelulares de canto interno correspondientes a 17 pacientes de 40 a 85 años operados con diferentes técnicas quirúrgicas: cuatro con colgajo glabellar, tres con colgajo de rotación frontomedial, tres con injerto de piel de zona donante, tres con colgajo pediculado de avance en isla, dos con cierre directo, uno mediante resección y granulación espontánea del lecho y uno que requirió exenteración del contenido orbitario.

Dos presentaron recidivas tumorales (uno tratado con injerto libre y otro con colgajo frontomedial), uno de los glabellares presentó epifora crónica por escisión quirúrgica de la vía lagrimal y uno de los tratados con colgajo de avance en isla presentó necrosis de la superficie del colgajo precisando desbridamiento y granulando adecuadamente por segunda intención.

Discusión: Los tumores del canto interno suponen un desafío para el oftalmólogo oculoplástico por su agresividad y complejo abordaje quirúrgico. Además, con frecuencia son tumores infiltrativos exigiendo una amplia resección de tejidos que complica la reconstrucción posterior. Existen controversias en cuanto al manejo de este tipo de tumores, ya que hay cirujanos que defienden la reconstrucción mediante injertos libres de piel de regiones donantes mientras que otros optan por colgajos de piel vecina para garantizar la vascularización y reparación óptima de la zona afectada.

Conclusiones: Los colgajos cutáneos son la técnica más usada en nuestro servicio, pese a que la granulación espontánea es la opción de reconstrucción con menor tasa de recidiva. Los tumores extensos tratados con colgajos han de ser exhaustivamente controlados incluso años después de la cirugía.

E-mail autor: mdmr1980@hotmail.com

CP62 Hiloterapia/Crioterapia tras cirugía de blefaroplastia

*Dr. Javier Mora de Oñate, Dra. Aline Braga, Dr. Ángel Arteaga
Sánchez, Dra. Raquel Lapuente Monjas*

La crioterapia es un término genérico utilizado para describir cualquier método terapéutico que aplica frío localizado en tejidos traumatizados u operados para su mejor y más rápida curación, es usado en diversas especialidades médicas.

Presentamos un aparato (Hillotherm) que aporta una innovadora forma de aplicar frío localizado permitiendo controlar y mantener la temperatura constante (15°C) en las primeras horas y días del postoperatorio, para la recuperación de las partes del cuerpo afectadas por el procedimiento quirúrgico evitando la posibilidad de causar lesión tisular por frío excesivo.

Tras una intervención quirúrgica la necesidad de oxígeno y el metabolismo tisular se altera, así mismo se presenta calor, dolor, rubor, e impotencia funcional, que dificulta el mantenimiento y la regeneración de los tejidos y en definitiva la curación. Debido a esta carencia de oxígeno (isquemia) mueren más células y se liberan proteínas transportadoras solubles, lo que provoca la formación de un edema adicional y se inicia un círculo vicioso que provoca daños hipóxicos.

La terapia de frío tiene un efecto de estimulación ya que reduce la necesidad de oxígeno por los tejidos afectados o dañados por trauma de origen quirúrgico o por otros medios. Por otro lado, también tiene el efecto de activación del drenaje linfático que ayuda a eliminar sustancias perjudiciales y restos celulares. Se ha comprobado que dicho sistema se puede afectar de forma dramática a menos de 15°C.

En consecuencia se reduce sangrado, hematomas, edemas e inflamación provocados por la reducción del nivel de oxígeno en el tejido dañado gracias a esta descomposición de toxinas.

Se presentan los resultados tras la utilización de frío constante en 3 pacientes operados de blefaroplastia con fotos antes de la cirugía y a la semana, en los que se observa una mejoría significativa del hematoma y del edema comparándolo con tres pacientes similares sin utilización de crioterapia.

E-mail autor: javimora79@hotmail.com

CP63 Fenómeno de Marcus Gunn: importancia de la estética

Dr. Marcos Mozo Cuadrado, Dra. Laura Tabuenca del Barrio, Dra. Nerea Zubieta Gonzalo, Dra. Sandra Pérez García

Objetivo: Presentamos un caso clínico de una niña con ptosis y fenómeno de Marcus Gunn con implicaciones estéticas.

Caso clínico: Paciente valorada desde el nacimiento por ptosis unilateral asociada a fenómeno de Marcus Gunn. En exploraciones rutinarias la paciente presenta una ptosis que no avanza más allá del eje pupilar y la refracción en repetidas ocasiones no refleja astigmatismo corneal significativo que haga pensar en alteración corneal secundaria al efecto mecánico del párpado. La agudeza visual se mantiene estable y simétrica dentro de la normalidad. A la edad de 6 años la paciente acude a revisión rutinaria en la que presenta el ya conocido parpadeo mandibular en el ojo afectado pero además presenta un parpadeo disfuncional conjugado en el otro ojo. A pesar de que la función visual está respetada la paciente y los familiares demandan un tratamiento con el fin de restaurar la posición y la mecánica normal de los párpados.

Discusión: El síndrome del parpadeo mandibular de Marcus Gunn constituye junto al síndrome de Douane una de las principales patologías reconocidas dentro de los síndromes de inervación ocular congénita aberrante. En el Marcus Gunn el párpado frecuentemente se eleva al abrir la boca o con los movimientos laterales de la mandíbula. El tratamiento más común consiste en la desinserción del músculo elevador del párpado y la posterior suspensión al frontal. Esta operación se ha de realizar en ocasiones de forma bilateral con el fin de mantener la estética y de evitar movimientos conjugados anómalos en el párpado contralateral al sincinético.

Conclusiones: En el tratamiento del síndrome de parpadeo mandibular de Marcus Gunn han de establecerse varios escalones de tratamiento. El objetivo fundamental es evitar la ambliopía y el astigmatismo elevado. Sin embargo el aspecto estético tiene una influencia en el sujeto a edades mayores y supone en ocasiones reconsiderar el tratamiento que en un inicio había sido desestimado.

CP64 Linfoma difuso de células grandes B como tumoración palpebral; un diagnóstico infrecuente

Dr. Miguel Ortiz Salvador, Dra. Alicia Gracia García, Dra. Laura Hernández Bel, Dr. Luis Ignacio Olcina Portilla

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 73 años que acude a urgencias por presentar una lesión en párpado superior, a nivel del canto interno del ojo derecho de un mes de evolución. A la exploración, se objetiva una masa subcutánea de 2.5 x 3.5cm móvil de aspecto violáceo sin signos de inflamación activa.

Se completa estudio con TAC con contraste el cual informa de la presencia de una masa ligeramente hiperdensa que no infiltra los tejidos circundantes. Se toma biopsia y el estudio anatomopatológico concluye que se trata de un de linfoma B difuso de células grandes con denso infiltrado linfoide CD20 +.

El estudio de extensión mediante PET-TC demostró la afectación ganglionar cervical ipsilateral. Se inició tratamiento con régimen de poliquimioterapia R-CHOP y tras el segundo ciclo, se objetivó una importante reducción de la tumoración, confirmándose dicho hallazgo mediante RM.

Discusión: Los linfomas de los párpados constituyen el 5% de los linfomas anexiales oculares, siendo una forma rara de presentación. A diferencia de los linfomas cutáneos en los que predomina la estirpe T, a nivel anexial ocular predomina la estirpe B. La tumoración y el eritema son la forma de presentación más frecuente. La realización de una biopsia para su estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico es fundamental para el manejo terapéutico. Debe realizarse un procedimiento completo de estadiaje mediante RM, PET-TC y biopsia de médula ósea. El tratamiento de los linfomas de alto grado, como el linfoma difuso de células grandes tipo B los regímenes de poliquimioterapia.

Conclusiones: Una tumoración palpebral puede ser el primer síntoma de una enfermedad sistémica linfoproliferativa y ha de incluirse en el diagnóstico diferencial de toda tumoración palpebral. Su diagnóstico a través del estudio histopatológico de la lesión y el estadiaje clínico son los mejores indicadores pronósticos de dichas enfermedades.

E-mail autor: miguel.cullera@gmail.com

CP65 Constituyentes de la matriz extracelular asociados al desarrollo de elastina en tejido conectivo subepitelial en pterygium en humanos

Dra. Sara Rodrigo Rey, Dra. Samira Ketabi Shadvar, Dra. María Ángeles Montes Mollón, Dra. M^a Consuelo Pérez Rico

Objetivo: Analizar la expresión de diversas componentes de la matriz extracelular involucrados en la síntesis y reticulación de elastina en tejidos de pterygium agrupados por la edad y sexo de los pacientes.

Material y métodos: Especímenes de tejido conjuntival sano y pterygium fueron agrupados según edad (<50 años, ó ≥50 años) y por sexo. Se determinó la presencia de anti-lisyl oxidasa (LOX), lisyl oxidasa-like 1 (LOXL-1), fibulina 5 y 4 (FBLN5 y FBLN4) y fibrilina1 (FBN1) mediante técnica de inmunohistoquímica y expresión genética con quantitative realtime PCR (qRT-PCR).

Discusión: La expresión de mRNA de LOXL-1, FBLN5 y FBN1 fue superior en pterygium que en tejido sano ($p=0.0002$; $p=0.0035$ y $p<0.0001$, respectivamente). Para FBLN5/FBN1 en los tejidos de varones de ≥50 años con pterygium la expresión fue mayor que en los sanos; mientras que LOXL-1 no mostró diferencias entre grupos de edad y sexo. La expresión de LOX fue superior en pacientes ≥50 años con pterygium ($p=0,0396$) y en varones frente a mujeres con pterygium ($p=0.0173$). Se observó un incremento en la expresión génica de LOX, LOXL-1 y FBLN5 en pterygium en pacientes ≥50 años, mientras que en las muestras de conjuntiva sana parecía disminuir esta expresión. La inmunohistoquímica de FBLN4 y FBN1 fue levemente positiva, y no hubo diferencias entre los grupos.

Conclusión: En nuestro estudio se evidencia la sobreexpresión de diversos componentes de la matriz extracelular que están relacionadas con la generación de elastina en los tejidos patológicos de pterygium frente a conjuntiva sana, como LOXs, FBN1 y FBLN5 y que podrían estar relacionados con la alteración elástica en la enfermedad de pterygium

Nivel de evidencia: Ib.

E-mail autor: sara.rodrigor@gmail.com

CP66 Foliculitis por Demodex del área periocular

*Dra. M.^a Dolores Romero Caballero, Dra. Almudena Caravaca
Alegría, Dr. Andrés López Jiménez, Dr. Ignacio Lozano García,
Dr. Francisco José Pozo Lorenzo*

Presentamos un caso de foliculitis periocular relacionado con infestación por *Demodex folliculorum*.

Caso clínico: Mujer de 61 años, hipertensa y diabética que acudió a consulta por cuadro de edema palpebral bilateral, con fases descamativas y secas, seguidas de otras más inflamatorias con calor, eritema y edema de más de 10 meses de evolución, que no había mejorado a pesar de múltiples tratamientos. Se decide retirar todos los tratamientos y se indica biopsia cutánea del área palpebral superior. La biopsia se informa como edema dermoepidérmico junto a infiltrado inflamatorio agudo y crónico perivascular y perianexial en relación con la extensa presencia de *Demodex folliculorum* en folículos.

Se inició pauta de tratamiento con gel con extracto de árbol del té y crema de ivermectina al 1% tópica por la noche durante 3 semanas y lágrimas artificiales. Remitiendo el cuadro clínico que se ha mantenido en el tiempo. **Discusión:** Los demodex son ectoparásitos que colonizan de forma saprófita los folículos pilosos en áreas seborreicas de la cara. La infestación ocular -por aumento del número de estos ácaros- produce distintas patologías. La más frecuente es la blefaritis anterior seguida de disfunción de glándulas de meibomio, ojo seco evaporativo, conjuntivitis crónica...En esta paciente la presencia de piel grasa, como factor local y una relativa inmunodepresión por su diabetes como factor sistémico indujeron la infestación no sólo de pestañas sino de folículos cutáneos perioculares.

Conclusión: En el diagnóstico diferencial de edemas palpebrales crónicos debemos tener en cuenta la demodicosis periocular, sobre todo en personas con piel grasa, que utilizan cremas perioculares y con patología o medicación inmunosupresora.

E-mail autor: mdromero@um.es

CP67 Reconstrucción palpebral mediante implante de esclera, membrana amniótica y colgajo de piel tras resección de carcinoma basocelular

Dra. Sara Rubio Cid, Dra. Stephanie Romeo Villadoniga, Dra. Elena González Dios, Dra. Elena Casas Maroto

Objetivo: Mostrar los resultados estéticos obtenidos tras la reconstrucción palpebral en la resección de carcinoma basocelular

Caso clínico: Paciente mujer de 87 años que acude a nuestro servicio presentando en el borde libre del párpado inferior del ojo izquierdo (PIOI) una lesión de 1 cm de diámetro con telangiectasias, implicando punto lagrimal. Ante la sospecha de carcinoma basocelular se decide incluir en lista de espera quirúrgica para realizar biopsia de la lesión y posteriormente exéresis de la misma.

Se realiza resección simple de la lesión con márgenes amplios que se remite al patólogo y se lleva a cabo la reparación del PIOI mediante implante de esclera, recubrimiento con membrana amniótica y colgajo de piel que se sutura con vicryl.

Los resultados de la anatomía patológica confirmaron el diagnóstico de carcinoma basocelular y notificaron afectación del margen lateral reseado. En las siguientes revisiones se observa como la esclera se va recubriendo llegando a estar casi conjuntivalizado por completo y mostrando buen aspecto estético de la reconstrucción. No se objetivaron otras complicaciones ni secuelas postquirúrgicas que llevaran a necesitar una segunda intervención.

Discusión: La decisión terapéutica y la selección de la técnica quirúrgica de excisión de la lesión elegida fueron adecuadas, sin embargo los márgenes no fueron lo suficientemente amplios. Hubiera sido conveniente una segunda intervención para hacer una resección más amplia y así cerciorarse de dejar márgenes limpios, pero la paciente lo rechazó ya que se encontraba satisfecha con los resultados obtenidos.

Conclusiones: Actualmente, la extirpación quirúrgica se considera la terapia más efectiva para los carcinomas basocelulares debido a sus altas tasas de curación. En nuestro caso el injerto de esclera y membrana amniótica, han mostrado ser efectivos como soporte estructural para la reconstrucción palpebral tras la resección con márgenes de esta lesión sospechosa de malignidad.

E-mail autor: sararubiocid@hotmail.com

CP68 Uso de injerto de fascia lata autóloga en suspensión al frontal en menores de 2 años

Dr. Marco Sales Sanz, Dr. Ignacio García Cruz, Dra. Nieves Alonso Formento, Dra. Ana Rosa Albandea Jiménez

Presentamos el caso de dos niños de menos de 2 años en los que se usó fascia lata autóloga como injerto en una suspensión al frontal mediante técnica de Crawford. Se puede ver que, a pesar de lo que se cree según algunas publicaciones, se puede conseguir un injerto de fascia lata de tamaño y consistencia adecuados con buenos resultados.

E-mail autor: nachogc991@gmail.com

CP69 Reconstrucción con colgajo glabelar y cutáneo de defecto creado tras escisión de carcinoma basocelular recidivado

Dra. Irene Temblador Barba, Dr. Martín Guerrero Mártir, Dr. Carlos Gálvez Prieto-Moreno

Objetivos: Describir la técnica de reposición de defecto palpebral en zona cantal interna después de escisión de carcinoma basocelular recidivado con colgajo glabelar.

Caso clínico: Hombre de 78 años que presenta un carcinoma basocelular recidivado en zona cantal interna de párpado inferior, que ocupa todo el espesor del margen palpebral, tras haber sido operado previamente por cirugía plástica. Se realiza una escisión completa de la lesión, dejando 3 milímetros de margen de seguridad cutáneos, con eliminación completa del espesor palpebral y quedando un lecho residual muscular.

Se procede a cubrir el defecto con un colgajo de la zona glabelar, que se aproxima a los márgenes nasales, seguido de una reconstrucción con el tejido adyacente en la zona temporal. Para eliminar la tensión, se hace disección en el plano subcutáneo en esta última zona, se realiza cantotomía externa con cantolisis, y además se obtiene otro colgajo en la zona superior del canto externo, que se une a la incisión creada en la cantotomía. Por último, en la zona superior al canto externo, se hace disección en el plano subcutáneo y se aproximan bordes para cerrar la incisión creada previamente.

Discusión: Principalmente, el objetivo de este tipo de procedimiento es la resección completa de la lesión tumoral con el mejor resultado funcional y estético posible. Dependiendo de la localización y el espesor tumoral, podrán realizarse reconstrucciones más o menos funcionantes.

En nuestro caso, la zona cantal interna es difícil de reconstruir, ya que también se afecta la vía lagrimal, pero los resultados post quirúrgicos han sido favorables, tanto en el aspecto estético como en la no recidiva del tumor.

Conclusiones: Los colgajos de las distintas localizaciones ayudan en gran medida a la cicatrización del defecto creado tras una gran escisión tumoral. La técnica quirúrgica correcta y la localización de la sutura en zonas de tejido sin tensión son fundamentales para un buen resultado estético.

CP70 Reconstrucción de párpado inferior mediante técnica de Hughes: serie de casos

Dra. Irene Temblador Barba, Dra. Paula Aguayo Carreras, Dr. Carlos Gálvez Prieto-Moreno

Objetivos: Presentar los resultados de la técnica del colgajo tarsoconjuntival de Hughes en 3 casos y la posterior evolución

Material y métodos: Se realizó la técnica del colgajo tarsoconjuntival de Hughes en 3 pacientes que presentaban lesiones tumorales extensas en el párpado inferior. En 2 de las pacientes se obtuvieron buenos resultados estéticos y funcionales sin recidiva posterior del tumor, y en 1 de las pacientes se observó una formación quística con aspecto líquido en su interior cuando se disponía a realizar la segunda parte de la cirugía. Se escindió ésta y se envió a analizar por anatomía patológica, informándose de aspecto benigno quístico. El resultado final fue aceptable sin recidiva del tumor primario.

Discusión: El procedimiento de Hughes se utiliza para reconstruir la lamela posterior cuando existe un defecto de espesor completo del párpado inferior, demasiado amplio para usar un colgajo de Tenzel. La operación proporciona un colgajo de tarso y conjuntiva, desde el párpado superior, que se cose al párpado inferior. Este colgajo tarsoconjuntival cuenta con su propio suministro de sangre, puesto que permanece conectado al párpado superior durante 4 semanas.

La tasa de éxito funcional-estético del procedimiento de Hughes observada en esta serie, se corresponde con los resultados beneficiosos que se han informado en otras publicaciones, aunque en concreto nuestra serie de casos fue escasa. Posibles complicaciones en el sitio colgajo, como la retracción o el entropión del párpado superior con triquiasis, no se observaron en ninguno de los casos.

Conclusiones: La técnica del colgajo tarsoconjuntival de Hughes logra resultados funcionales y cosméticos favorables, ya que aunque la operación es un procedimiento en dos fases, y el párpado inferior no tendrá pestañas, la mayoría de los enfermos consiguen un párpado inferior funcionante con buen aspecto.

VÍAS LAGRIMALES

CP71 Sondaje endoscópico de la obstrucción congénita de la vía lagrimal como: clara alternativa al sondaje clásico

Dra. Minal Belani-Raju, Dra. Alicia Galindo Ferreiro, Dr. Miguel Diego Alonso, Dra. Hortensia Sánchez Tocino

Introducción: Para la obstrucción congénita de vía lagrimal que no responde a masajes del saco lagrimal, se realiza sondaje, mediante abordaje clásico/a ciegas o endoscópico. Se han descrito tasas de éxito entre 48.9% a 93.4% para el clásico y entre 92.1% a 98.4% para el endoscópico.

Objetivo: Describir y comparar las tasas de éxito objetiva y subjetiva de sondaje clásico (SC) y del endoscópico (SE), en obstrucciones congénitas de la vía lagrimal en un hospital de tercer nivel.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos de obstrucción congénita de vía lagrimal mediante SC y del SE, entre el 2014 y 2018.

Se revisaron historias clínicas.

Se definió éxito objetivo a la negatividad de test de desaparición de fluoresceína (TDF) en la última revisión.

Se analizaron los resultados de las cirugías con un seguimiento de 1 mes.

Los datos recogidos fueron transferidos a la hoja de cálculo de Microsoft XL®.

Resultados: Se realizó cirugía en 24 vías lagrimales con obstrucción congénita, 11 mediante SC y 13 con SE. La edad media fue de $1,6 \pm 0,9$ para el SC y $2,36 \pm 1,27$ para el SE. Se intubó en un 27,3% (3/11) de los casos de SC y en un 61.5% (8/13) de los casos de SE.

El éxito fue 75% objetivo para SC y 100% objetivo para SE sin diferencias estadísticamente significativas entre las 2 técnicas ($p = 0.13$).

Conclusiones: El SE obtuvo mejor tasa de éxito objetivo que el SC, a pesar de que la edad media de los SE fue mayor.

E-mail autor: minalbelani@gmail.com

CP72 Ampliación endonasal y cuidados postoperatorios en DCR láser equiparan tasa de éxito a la DCR endonasal, superando a la DCR externa

Dra. Minal Belani-Raju, Dra. Alicia Galindo Ferreiro, Dr. Yago Varela Conde, Dra. Hortensia Sánchez Tocino

Introducción: La cirugía gold standard de la vía lagrimal es la dacriocistorrinostomía externa (DCR ext), con tasas de éxito de 87-100%. Como opción están: DCR endonasal (DCR-end) y DCR láser diodo (DCR láser). Ambas, con abordaje endoscópico, permiten buena visualización de la cavidad endonasal, y conllevan menor morbilidad peroperatoria. La DCR-end tiene tasas de éxito de 83-98% y la DCR láser, 63-90%.

Objetivo: Describir y comparar las tasas de éxito de las diferentes técnicas de DCR en un hospital universitario de tercer nivel.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de vías lagrimales intervenidas por obstrucción, mediante DCR ext mecánica con colgajo en U, DCR láser con ampliación del ostium endonasal manual y DCR-end manual, entre los años 2005 y 2017.

Se revisaron las historias clínicas y los resultados de las cirugías con un seguimiento de 6 meses.

Se definió éxito quirúrgico subjetivo a la ausencia de lagrimeo, y objetivo a la permeabilidad de vía lagrimal mediante siringación en la última revisión. Los cuidados postoperatorios realizados en DCR ext y endonasal se realizan a la semana, al mes, a los 3 meses y a los 6 meses post cirugía con una siringación. En la DCR láser, cada 15 días se realiza irrigación de vía lagrimal, hasta 3 meses post cirugía; curas endonasales a la semana, y posteriormente cada 2 semanas, hasta cumplido el mes.

Los datos fueron transferidos a la hoja de cálculo de Microsoft XL®.

Resultados: Se analizaron 68 casos, 11 de DCR ext, 32 de DCR láser y 25 de DCR-end. El éxito fue: 62.5% subjetivo, 75% objetivo para DCR ext; 90% subjetivo, 87.5% objetivo para DCR láser y 90% subjetivo, 90% objetivo para DCR-end (subjetivo $p=0.166$; objetivo $p=0.618$).

Conclusiones: La alta tasa de éxito de la DCR láser puede deberse a la modificación de la técnica quirúrgica (ampliación manual endonasal) y al cuidado del ostium en el postoperatorio, lo que hace muy similares ambas técnicas en cuanto a metodología y resultados, superando a la DCR ext.

E-mail autor: minalbelani@gmail.com

CP73 Estudio comparativo de la eficacia del colirio de ectoína (Ectodol®) en pacientes con epífora funcional

Dr. Gorka Martínez Grau, Dra. Marta López Fortuny

Objetivo: Demostrar que el tratamiento con colirio de ectoína (Ectodol®) no es inferior al tratamiento con colirio de corticosteroides en pacientes con epífora funcional.

Método: Realizamos un estudio con 26 pacientes con los siguientes criterios de inclusión: mayores de 18 años con epífora funcional y pacientes que al menos hace 3 meses que han terminado el tratamiento con colirio de corticosteroides. La duración del estudio es de 1 mes.

Se mide la eficacia con la escala de Munk en el tratamiento con corticosteroides, en la primera visita de inclusión al estudio y al finalizar la última visita.

Resultados: El colirio de ectoína es una excelente alternativa para el tratamiento de la epífora no obstructiva, con una eficacia comparable al uso de esteroides y sin aumento significativo en la PIO después del tratamiento.

E-mail autor: m.lopezfortuny@gmail.com

CP74 Estudio clínico y microbiológico de las canaliculitis primarias.

Dra. Isabel Mogollón Giralt, Dr. Rafael Montejano Milner, Dr. Ricardo Romero Martín, Dr. Álvaro Arbizu Duralde

Objetivo: Describir la epidemiología, microbiología, histopatología, manifestaciones clínicas y manejo terapéutico de una serie de cinco pacientes diagnosticados de canaliculitis primaria.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo (nivel de evidencia IV) de las características de cinco pacientes diagnosticados de canaliculitis primaria en un hospital terciario. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, localización de la infección, síntomas y signos clínicos, resultados microbiológicos y anatomopatológicos y tratamiento efectuado.

Discusión: Todos los pacientes incluidos fueron mujeres, con una media de edad de 77 años (rango de 71 a 83). En cuatro casos (80%) la infección fue unilateral. El síntoma más frecuente fue la secreción mucopurulenta (100%), seguido de la irritación del canto interno (60%) y eritema palpebral (40%). Todos los pacientes presentaron expresión de contenido mucopurulento a través del punto lagrimal. El 80% de las infecciones (en 4 pacientes) fueron de causa polimicrobiana. *Actinomyces* spp. fue aislado en los medios de cultivo de 3 pacientes (60%). Todos los pacientes fueron sometidos a canaliculotomía y curetaje de las concreciones canaliculares, asociando en el 40% de los pacientes tratamiento antibiótico por vía tópica y oral, y en un 20% un antiinflamatorio tópico. La sintomatología remitió en el 100% de los casos tras el tratamiento indicado.

Conclusión: La canaliculitis primaria es una entidad poco frecuente en nuestro medio. El patógeno más frecuentemente implicado en la bibliografía es *Actinomyces* spp, como sucede en nuestra serie. La base fundamental del tratamiento consiste en la canaliculotomía asociada al curetaje de las concreciones canaliculares. En nuestra serie obtuvimos un 100% de curaciones, independientemente de la asociación a otros tratamientos coadyuvantes.

E-mail autor: isabel.mogollon.giralt@gmail.com

CP75 Resultados y complicaciones de la conjuntivo-rinostomía con implante de tubo de Métaireau

Dr. Rafael Montejano Milner, Dra. Margarita Sánchez Orgaz, Dr. Ricardo Romero Martín, Dr. Álvaro Arbizu Duralde

Propósito: Comunicar los resultados y las complicaciones de una serie de 15 pacientes, 16 ojos, sometidos a conjuntivo-rinostomía (CR) con implante de tubo de silicona de Métaireau según la técnica de Jones.

Material y métodos: Se revisaron las historias de 15 pacientes operados de CR entre abril de 2010 y marzo de 2016 (nivel de evidencia IV). La cirugía se practicó en todos los casos bajo anestesia general. La inserción del tubo de Métaireau, que desemboca en el meato nasal medio, se realizó a través de una osteotomía practicada bajo control endoscópico nasal con un catéter Abbocath de calibre 14G a través de la carúncula.

Discusión: Se incluyó a 11 mujeres (73%) y 4 hombres (27%) en el estudio. La edad media fue de 55 años (31-74). La indicación fundamental de la cirugía fue la obstrucción canalicular a menos de 8 mm del punto lagrimal. Un 67% de los pacientes fue intervenido en el ojo derecho, un 27% en el izquierdo y un 7% en ambos. El tiempo medio de seguimiento fue de 18,8 meses. En los lavados posteriores a la CR, la vía fue permeable en el 94% de los casos. Una de las cirugías se complicó con una epistaxis, que derivó en un hematoma periorbitario autorresuelto. Los síntomas referidos más frecuentemente por los pacientes tras la intervención fueron enrojecimiento (37%), secreción (25%) y epífora (19%). Los signos detectados en el seguimiento incluyeron pliegues y papilomas conjuntivales alrededor del extremo bulbar del tubo (38 y 25%, respectivamente) y malposición del mismo (19%). Un paciente presentó estrabismo restrictivo. Un 50% de los casos requirió una segunda cirugía para reposicionar o retirar el tubo.

Conclusiones: En obstrucciones proximales de la vía lagrimal la CR con implante de tubo de Métaireau es una alternativa terapéutica a tener en cuenta. A pesar de los buenos resultados funcionales, debe advertirse a los pacientes de las potenciales complicaciones, que son frecuentes y pueden suponer una indicación de reintervención.

E-mail autor: rafaelmontejano@gmail.com

CP76 Dacrioadenitis Bilateral Aguda en un paciente con Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Dra. Cristina Piñero Cutillas, Dra. Rebeca Rosés Sáiz, Dra. Paz Orts Vila, Dr. Fernando Aguirre Balsalobre

Objetivo: Describir el caso clínico atípico de un paciente con positividad para virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que desarrolla una celulitis preseptal y postseptal bilateral con su respectivo resultado diagnóstico y terapéutico.

Caso clínico: Varón de 36 años VIH+ estadio Ia que acude a urgencias por inflamación palpebral y pérdida de visión en ambos ojos. El examen físico mostró una pérdida de agudeza visual, quemosis, proptosis y edema periorbitario. En la motilidad ocular externa se objetivó restricción y dolor en la mirada hacia la izquierda en ojo izquierdo. Tras la hospitalización del paciente y el inicio de antibioterapia intravenosa, se realizó Tomografía computarizada (TC) orbitaria, demostrando un aumento en el tamaño de la glándula lagrimal principal y contenido a nivel del seno etmoidal. Además se realizaron hemocultivos y cultivo de exudado nasal y determinación de carga viral y subpoblaciones linfocitarias.

Discusión: Las infecciones oculares en el paciente VIH se vuelven cada vez más frecuentes a medida que se convierte en una enfermedad crónica. La celulitis orbitaria es una infección aguda de los contenidos de la órbita que incluyen la glándula lagrimal. Es una infección grave por el riesgo de pérdida de visión y de diseminación posterior al seno cavernoso. Las enfermedades oportunistas pueden afectar el segmento anterior y posterior del ojo, pero raramente ocurren en pacientes con VIH. Los factores más comunes son sinusitis, celulitis preseptal y diseminación hematógena.

El tratamiento de las celulitis orbitaria bacteriana se basa en la precoz administración de antibióticos intravenosos y en la evaluación quirúrgica.

Conclusiones: El paciente presentó una celulitis preseptal con componente postseptal con foco en una sinusitis etmoidal, que se confirmó con pruebas de imagen y de laboratorio. La mejoría clínica y la resolución completa de los síntomas fueron posibles tras el tratamiento antibiótico intravenoso dirigido.

E-mail autor: cristinapinerocutillas@gmail.com