



XXIV Congreso SECPOO

**Libro
de Resúmenes**

4, 5 y 6 de Junio de 2014

Jueves, 5

08:30-08:34 h. **CL-01. Pilomatrixomas en región periocular: diferentes presentaciones**

Dr. José M. Abalo Lojo, Dra. Alba González Martínez, Dr. Francisco González

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Santiago de Compostela

Se presentan 3 casos de pacientes con pilomatrixoma en la región periocular, el primero se trata de una paciente de 8 años de edad con una historia de crecimiento de tumoración en región supraciliar izquierda de 10 meses de evolución que precisó tratamiento quirúrgico mediante escisión completa, sin presentar recurrencia en la actualidad.

El segundo caso se trata de una paciente de 33 años con una historia de 8 meses de crecimiento de una masa subcutánea indolora y de consistencia dura en la región súper-externa del párpado superior izquierdo, que un mes después de ser tratada quirúrgicamente presentó una rápida recurrencia que tuvo que ser nuevamente tratada. En la actualidad tras 7 años se encuentra sin signos de recidiva.

El tercer caso se trata de una paciente de 65 años de edad con una historia de tumoración en la región súper-externa del párpado superior derecho de 20 años de evolución que fue tratada con escisión quirúrgica completa sin observarse recidiva de la misma tras 11 años. Se presentan tres casos de pilomatrixoma con diagnóstico histopatológico. Los pilomatrixomas pueden aparecer en cualquier parte de la piel que contenga folículos, estando nuestros casos restringidos a los párpados. Hay que señalar que la presentación en edades avanzadas y la recurrencia de dicha patología tras la escisión quirúrgica total son poco frecuentes.

08:34-08:38 h. **CL-02. Amiloidosis conjuntival: presentación de 2 casos clínicos y revisión de la literatura**

Dra. Pamela Campos Figueroa, Dr. Suhel Elnayef E., Dra. Amèlia de Carvalho M.C.,

Dr. Ferrán Mascaró, Dr. Mouafk Asaad

Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona

La amiloidosis conjuntival es una condición infrecuente con manifestaciones sistémicas de forma ocasional y cuya presentación clínica incluye una gamma diversa de patrones.

Presentación de 2 casos clínicos de amiloidosis conjuntival en pacientes con edades entre 50 (1) y 60 años (1). La forma de la lesión era circunscrita (1) y difusa (1), y el color variaba entre amarillo (1) y rosa amarillento (1). La localización era a nivel de conjuntiva palpebral superior (2) y conjuntiva bulbar superior (1). Las características asociadas incluyeron blefaroptosis (2). La evaluación no reveló manifestaciones sistémicas en ninguno de los pacientes (2). Se realizó revisión de la literatura a través de MEDLINE, con la combinación de palabras «amyloidosis» y «conjuntiva», de los artículos publicados en idioma inglés y español entre el año 2003 y 2013. La amiloidosis conjuntival suele presentarse como una masa rosa amarillenta o hemorrágica, que invade el epitelio. Aunque la mayoría de pacientes no presentan manifestaciones sistémicas en el momento de su diagnóstico, se destaca su relevancia siendo necesaria una exhaustiva evaluación en búsqueda de amiloidosis sistémica y linfoma.

08:38-08:42 h. **CL-03. Protocolo de seguimiento y tratamiento en ptosis congénita**

Dra. Ester Casas Gimeno, Dr. Joan Prat Bartomeu, Dra. Sabina Luna Marine

Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

La ptosis congénita es una patología muy frecuente en la edad pediátrica y que precisa tratamiento quirúrgico frecuentemente.

En esta patología no solo hay que tener en cuenta la alteración estética del paciente, sino que hay en juego el desarrollo de la función visual del paciente, con lo que el ojo afecto puede desarrollar una ambliopía. Por estas razones el tratamiento quirúrgico de la ptosis congénita plantea dos cuestiones importantes:

¿A qué edad operar? ¿Cuál es la técnica quirúrgica indicada? Presentamos el protocolo para el seguimiento y tratamiento de la ptosis congénita que existe en este momento en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

08:42-08:46 h. **CL-04. Técnica quirúrgica de elección para reconstrucción palpebral de defectos grandes de espesor completo en párpado inferior, según nuestra experiencia**

Dr. Alejo H. Rodríguez Suárez, Dr. Antonio García Muro, Dr. Mario Rodríguez Calzadilla, Dra. Inmaculada Mota Chozas

Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz

El principal objetivo de una reconstrucción palpebral es crear un párpado inferior funcional y estéticamente aceptable, con mínima morbilidad para el paciente. Pensamos según nuestra experiencia, que el método reconstructivo que mejor cumple sus objetivos es el Colgajo Rotacional de mejilla de Mustarde. Todos los casos realizados fueron reconstrucciones de más de 2 cm de espesor completo debido a extirpaciones de Carcinomas Basocelulares. En un solo tiempo quirúrgico y realizada bajo anestesia local con sedación. En todos los casos operados conseguimos una correcta nutrición vascular del colgajo, adecuado matiz del color cutáneo y una cicatriz poco visible. No hemos encontrado complicaciones tales como ectropión, epífora ni daño de la rama frontal del nervio facial. Destacar la realización de la técnica en todos los casos con anestesia local con sedación en lugar de anestesia general aún siendo amplia la disección de este tipo de colgajo.

08:46-08:50 h. **CL-05. De orzuelo a gran tumoración exofítica. Retraso diagnóstico y abordaje quirúrgico**

Dr. Domingo Giménez Castejón, Dra. M.^a Dolores Miranda Rollón, Dra. Paula Sánchez Hernández, Dra. Marta B. Rodríguez Cavas, Dra. Concepción Molero Izquierdo

Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia

Paciente de edad media que acude a consulta de oculoplastia de nuestro servicio remitido desde el ambulatorio para cirugía de chalazión. A la exploración presenta una tumoración de gran tamaño en tercio externo de párpado inferior de 6 meses de evolución, habiendo sido ya tratado con electrocoagulación de la lesión en otro centro. Ante la sospecha de lesión maligna palpebral se realiza biopsia con el resultado de carcinoma espinocelular con patrón de crecimiento exofítico. Se realizó exéresis de la lesión con confirmación intraoperatoria de márgenes libres de tumor y se reconstruyó con una técnica combinada de colgajo tarsoconjuntival de Hughes con tira perióstica lateral. Se realizó la apertura del colgajo a las 2 semanas con buen resultado funcional y estético.

08:50-08:54 h. **CL-06. Resurfacing fraccional ablativo periocular con láser CO2 asociado a blefaroplastia**

Dr. Daniel Hernández Obregón, Dr. Ignacio Genol Saavedra, Dr. Nicolás Toledano Fernández, Dra. Araceli Nogueira Goriba

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

Evaluar el uso del resurfacing fraccional ablativo periocular con láser CO2 asociado a blefaroplastia para contrarrestar el fotoenvejecimiento de la piel, y comparar sus ventajas y desventajas frente al peeling químico. A pesar de que la cirugía comprende un papel importante en el rejuvenecimiento facial, es incapaz por sí sola de devolver a su estado natural una piel con características adquiridas del fotoenvejecimiento. Este hecho ha llevado a la aparición de numerosos métodos para rejuvenecer la piel y tratar zonas de despigmentación, arrugas y cicatrices. En este campo, el láser ablativo es un procedimiento que está ganando popularidad gracias a las mejoras en la optimización energética.

El resurfacing fraccional ablativo consiste en emitir haces de luz microscópicos a la piel, causando la evaporización de la epidermis y la dermis en pequeñas columnas de piel, dejando las áreas adyacentes intactas y estimulando la remodelación del colágeno. Esto permite una velocidad de recuperación acelerada y una menor incidencia de efectos secundarios no deseados con respecto al resurfacing tradicional.

A pesar de presentar un buen perfil de seguridad, pueden tener lugar complicaciones como dermatitis de contacto o alérgica, erupción acneiforme, eritema prolongado, cicatrices hipertróficas o alteraciones pigmentarias, entre otras. La incidencia de complicaciones aumenta de forma proporcional con la superficie de piel tratada. Éstas se minimizan con la selección adecuada de los pacientes, siendo ideal un tipo de piel de Fitzpatrick de I a III.

Sus ventajas frente al peeling químico son: mínimo sangrado, mayor facilidad de precisión a la hora de delimitar los límites de la zona a tratar y en la profundidad de la ablación.

Sus desventajas son: el elevado coste del equipo, un riesgo incrementado con pieles de tipo IV y superior, y el mayor daño térmico a tejidos profundos y circundantes.

08:54-08:58 h. CL-07. Estudio prospectivo comparativo sobre higiene palpebral post cirugía oculoplástica

Dra. Nuria Ibáñez Flores, Dra. Irene Aznar Peña, Dra. Vanesa Cuadrado Claramonte

Institut Català de Retina ICR. Barcelona

Determinar la relevancia de la higiene palpebral en la cirugía oculoplástica, por su aplicabilidad en la práctica clínica diaria.

90 pacientes sometidos a cirugía periocular (mismo cirujano) distribuidos en dos grupos. Sólo se indicó limpieza de la herida durante una semana del postoperatorio en uno de los grupos. A la semana del postoperatorio se evaluaron diferentes parámetros de la herida por el cirujano, otro médico y por el paciente. La media de edad es de 71 años, 70% mujeres. En el grupo con higiene se determinó una diferencia significativa en los valores de suciedad respecto al grupo sin higiene. En el grupo con higiene se observó una tendencia a menor incidencia de enrojecimiento, edema y dificultad de sacar puntos. En este grupo sólo se observó un caso de herida abierta, mientras que en el grupo sin higiene este valor es cuatro veces mayor. Las fotografías de la zona de interés fueron analizadas por otro cirujano que confirmaron los datos obtenidos. Asimismo, los pacientes con higiene perciben menor hinchazón, picor e incomodidad a la hora de sacar puntos. Globalmente, en este estudio se muestra una mejora de los parámetros estudiados en el grupo con higiene durante la primera semana postoperatoria tanto por parte del médico como por parte del paciente.

08:58-09:02 h. CL-08. Ventajas y desventajas de la reinserción por vía posterior de la aponeurosis del músculo elevador palpebral

Dr. J. Álvaro Toribio García, Dra. Elena Pérez Díez, Dra. Bárbara Martín Escuer

Complejo Asistencial Universitario de León. León

La reinserción de la aponeurosis del elevador por vía posterior (REVP) fue descrita por Werb en 1974. Este abordaje presenta algunas ventajas respecto a la reinserción por vía anterior (REVA), en cuanto al sangrado y tiempo quirúrgico, pero puede ser inferior a la hora de intervenir a pacientes con mala función del músculo elevador. El objetivo de la comunicación es analizar la técnica quirúrgica, describir sus pasos y valorar ventajas y desventajas respecto a la técnica gold standard que es la REVA. Para ello se comentarán los resultados obtenidos de la corrección de blefaroptosis de 11 pacientes intervenidos mediante REVP. Los pacientes intervenidos con REVP presentaron un menor edema y hematoma palpebral postquirúrgico, buen contorno, buena oclusión, y una mayor tendencia a una leve hipercorrección que los pacientes intervenidos por REVA. Además el tiempo quirúrgico se redujo aproximadamente a la mitad en pacientes intervenidos por REVP (media de 25 min), frente a la REVA (media de 45 min). A tenor de los resultados obtenidos, la REVP parece una técnica excelente en el tratamiento de las blefaroptosis seniles estrictamente aponeuróticas, siendo más discutible su uso en ptosis miopáticas, bien congénitas o del adulto.

09:02-09:08 h. Discusión

09:08-09:12 h. CL-09. Diagnóstico y tratamiento de la miositis por herpes Zoster

Dra. Sonia Aparicio Sanchís, Dra. Hae-Ryung Won Kim, Dr. Marco Sales Sanz,

Dra. Andrea Sales Sanz

Hospital La Princesa. Madrid

Se comunican 2 casos de miositis por herpes zoster presentados en dos momentos evolutivos diferentes de la enfermedad. En el primero de los casos el debut de la miosis coincidió con la fase aguda de aparición de las lesiones cutáneas típicas junto con un cuadro de uveítis hipertensiva mientras que en el segundo de los

casos la aparición de la miositis se produjo a posteriori, meses después de la resolución de la clínica cutánea, en el contexto de una neuralgia postherpética. El diagnóstico, sospechado por la clínica que presentaban los pacientes, fue confirmado por la prueba de imagen y la buena respuesta al tratamiento corticoideo. La miositis por herpes zoster constituye una entidad infradiagnosticada ya que clásicamente los casos de oftalmoplejía en pacientes con HZO han sido siempre interpretadas como manifestaciones de alteraciones a nivel del III, IV y VI par craneal y ha sido el desarrollo de las técnicas de imagen el que ha permitido su correcto diagnóstico. Por ello se debe considerar la miositis como una posible forma de presentación del HZO y a su vez considerar el herpes zoster en el diagnóstico diferencial de la miositis orbitaria aguda.

09:12-09:16 h. CL-10. Celulitis preseptal y orbitaria en la población pediátrica de Vizcaya: estudio observacional retrospectivo de 627 casos

Dra. Bárbara Berasategui Fernández, Dra. Ana Orive Bañuelos, Dr. Sergio Pinar Sueiro, Dr. T. Xabier Lerchundi Plaza, Dra. Ainhoa Ibarrola Vidaurre, Dr. Roberto Fernández Hermida
Hospital Universitario de Cruces. Bilbao

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes en edad pediátrica con diagnóstico de celulitis preseptal u orbitaria que acudieron al Servicio Pediátrico de Urgencias de un hospital terciario desde enero de 2004 hasta julio de 2011. Un total de 627 pacientes pediátricos, de los cuales 328 (52,3%) varones, con una edad media de 44,49 meses fueron incluidos. Tras el alta, 579 niños (92%) fueron diagnosticados de celulitis preseptal (CP) y 48 (8%) de celulitis orbitaria (CO), de los cuales 28 (3,2% del total) presentaron un absceso subperióstico de 4,24 mm de diámetro mayor medio que tan sólo precisó drenaje quirúrgico en 3 casos. El motivo de consulta más frecuente fue la aparición de edema palpebral (54,1%). La exploración física en la primera consulta reveló la implicación de 1 sólo párpado en 353 (56,3%) y de los 2 en 272 (43,4%) casos. Otros signos hallados fueron: eritema palpebral leve (57,7%) y edema leve (80,5%). Proptosis y disminución de agudeza visual tan sólo en 5 (0,8%) pacientes. El síntoma dominante fue el dolor, desencadenado por la palpación en la mayoría (11%). Respecto al tratamiento antibiótico durante la estancia hospitalaria, bien en el SU, bien ingresados en planta, 234 niños (37,3%) recibieron tratamiento antibiótico intravenoso (227 Amoxicilina-Ácido clavulánico y 7 Ceftriaxona) durante una media de 5,59 días. Al alta, a 583 (93%) pacientes se les recomendó Amoxicilina-Ácido clavulánico oral durante una media de 6 días. Respecto al destino seguido por los niños: 516 (82,3%) recibieron el alta (20,7% tras observación) mientras que 111 (17,7%) precisaron ingreso. En cuanto al estudio radiológico se realizaron un total de 479 (76,4%) radiografías de senos paranasales de Waters y 82 TC orbitarias, siendo 24 patológicas en el primer caso y 73 en el segundo. Además, se realizaron 144 (23%) hemocultivos: 140 negativos, 2 positivos para *Staphylococcus aureus*, 1 para *Haemophilus influenzae* y 1 contaminación. De los 627 pacientes, 71 reconsultaron y el diagnóstico final fue de CP en 62 niños, de CO sin absceso subperióstico en 8 y de CO con absceso subperióstico en 1. Otros diagnósticos accesorios fueron asignados a los pacientes siendo la sinusitis el más frecuente con 32 (5,1%) casos.

09:16-09:20 h. CL-11. Coristomas oculares: revisión de casos 2009-2014

Dra. Itziar Coloma González, Dra. Rosa I. Rubio Lozornio, Dr. Guillermo Salcedo Casillas
Hospital Dr. Luis Sánchez Bulnes, Asociación para Evitar la Ceguera en México I.A.P. México

Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de todos los casos diagnosticados por estudio histopatológico de coristoma ocular, en el Hospital Dr. Luis Sánchez Bulnes, Asociación para Evitar la Ceguera en México I.A.P en el periodo comprendido entre enero 2009 y enero 2014. Encontramos un total de 87 casos, de los cuales 60 (69%) fueron quistes dermoides, 22 (25%) dermolipomas, 3 (3,5%) coristomas complejos y 2 (2,5%) coristomas óseos.

El promedio de edad fue de 21 años con un intervalo entre 1,5-82 años y una frecuencia por sexo de 63% mujeres y 37% hombres.

09:20-09:24 h. CL-12. Celulitis orbitaria tras anestesia peribulbar; a propósito de dos casos

Dra. Vanesa Cuadrado Claramonte, Dra. Nuria Ibáñez Flores, Dra. Irene Aznar Peña
 Institut Català de la Retina. Barcelona

Presentamos dos casos de celulitis orbitaria posterior a cirugías en las que se realizó anestesia peribulbar/retrobulbar. El primer caso es el de una paciente operada de cataratas, mediante la técnica de facoemulsificación bajo anestesia retrobulbar en el ojo izquierdo, que acudió a nuestro centro 48 horas después, refiriendo edema y eritema periorbitario acompañado de dolor que había empezado 24 horas antes y que había ido en aumento de forma progresiva en el ojo izquierdo. En la exploración se evidenció una agudeza visual de 0,6 en el OI, presión intraocular de 28 mmHG y edema del párpado superior e inferior ++++ que le impedía la apertura palpebral espontánea. Presentaba una retropulsión de ++ y una exoftalmometría de 17 mm en OD y 22 mm en OI, diplopía en PPM y en todas las posiciones de la mirada con limitación en todas las posiciones. Se observó hiperemia y quemosis +++ y células+ en cámara anterior sin hipopión. El fondo de ojo era normal. Se solicitó TAC que informó de posible celulitis orbitaria en el ojo izquierdo. Se orientó el caso como celulitis orbitaria iniciándose tratamiento con Ceftriaxona 1 g IV al día asociado a Vancomicina IV y en 3-4 días la celulitis prácticamente se resolvió. El segundo caso es el de un paciente sometido a una cirugía para extracción de silicona, bajo anestesia retrobulbar, en el ojo izquierdo, y que acudió a las 72 horas por edema y eritema palpebral progresivos sin dolor acompañante en el ojo operado. La agudeza visual era de 0,3 con estenopecico, presentaba edema a tensión y eritema +++ del párpado superior y del párpado inferior del ojo izquierdo. No tenía diplopía en posición primaria de la mirada pero sí en el resto de las posiciones. No presentaba quemosis pero sí algunas legañas mucosas en la conjuntiva tarsal inferior. La presión intraocular era de 21 mmHg, presentaba células + en cámara anterior sin hipopión y el fondo de ojo era normal. Se solicitó un TAC que informó de un engrosamiento del párpado superior e inferior compatible con edema o celulitis orbitaria en el ojo izquierdo. En este caso se decidió empezar con antibióticos de amplio espectro vía oral, ciprofloxacino 750 mg cada 12 horas y clindamicina de 300 mg cada 12 horas, el paciente mejoró de forma muy importante las primeras 24 h por lo que se dejó el mismo tratamiento y a los 4-5 días la celulitis estaba prácticamente resuelta. La celulitis orbitaria es extremadamente infrecuente después de la cirugía de catarata y después de una vitrectomía. Es posible que la celulitis se produzca al penetrar un germen en la órbita en el momento de realizar el bloqueo anestésico, por lo que sería aconsejable realizar una correcta desinfección de la zona donde se va a realizar la inyección de anestésico. También se ha descrito que la celulitis podría ser por una reacción alérgica a la hialuronasa, una enzima que se adjunta a la anestesia retrobulbar para aumentar la eficacia y acelerar el bloqueo nervioso. El efecto beneficioso de la hialuronasa en los pequeños volúmenes de la anestesia retrobulbar justifica su empleo a pesar de esta complicación potencial.

09:24-09:28 h. CL-13. Importancia de la RMN en el diagnóstico precoz de la O.T.

Dra. Rosanne Gosalbez Rafel, Dr. Fernando Rodríguez Álvarez
 Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona

Hoy en día es fundamental el diagnóstico precoz de la O.T. para minimizar o disminuir las secuelas. Muchas veces en estos casos la clínica es muy leve o tenue pudiendo la RMN aportar información extra sobre la situación de la órbita. Valoramos la importancia de la RMN en el estudio de O.T., principalmente en el estudio de las partes blandas implicadas en esta patología. Comparamos con la aportación del TAC. Creemos que éste se debe solicitar siempre en el protocolo preoperatorio en la cirugía de la descompresión. El estudio se realizó en un grupo de O.T. con diplopía, CAS >3, exoftalmos rápidamente progresivo en secuencias T1-T2, técnica de supresión grasa, fat-pilow, exoftalmometría etc. La RMN nos da un plus, ya que nos permite el estudio de la hipersignal intramuscular sobre todo en aquellos casos recidivantes, con CAS Bordelaine y/o sin signos clínicos externos. Además las pruebas de imagen asociadas al CAS nos ayudan en la mejor valoración de la O.T. y nos aporta datos para la orientación médico-quirúrgica así como conocer la respuesta al tratamiento.

Evidentemente no es una prueba aplicable a todas las O.T. hay que saber y conocer los pacientes a los cuales se les aporta un plus. La RMN es superior al TAC en la O.T. Asociada a la clínica es de gran valor en algunos casos para conocer el estadio, descartar tratamientos, ver respuesta, etc. El TAC define mejor las cavidades y el marco óseo, siendo imprescindible en el preoperatorio.

09:28-09:32 h. **CL-14. Estudio in vitro sobre la acción del anticuerpo monoclonal anti receptor de IL6 sobre la producción de interleucinas inflamatorias en los cultivos de las células mononucleares de sangre periféricas de los pacientes con oftalmopatía tiroidea y la relación de las interleucinas estudiadas con la actividad clínica de la enfermedad**

Dra. Anna Leszczynska, Dra. Estrella Fernández, Dr. Miguel González Candial, Dr. Fabián Farías, Dra. Meilin Chang, Dr. José I. Cardemil, Dr. Santiago Ortiz
 Institut Clínic d'Oftalmologia. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona

Se trata de un estudio prospectivo, controlado tipo prueba de concepto sobre una cohorte de pacientes afectados de oftalmopatía tiroidea.

Se realizó un cultivo *in vitro* de los monocitos de sangre periférica obtenidos de las muestras sanguíneas de los pacientes con oftalmopatía tiroidea y de los controles sanos pareados por edad y sexo. Se cultivó los monocitos de los pacientes y de los controles con 3 modalidades de tratamiento diferentes: placebo, dexametasona y tocilizumab. En los sobrenadantes obtenido de los cultivos se valoró mediante de los kits ELISA las concentraciones de IL6, IL17, INF gamma e IL4. Se comparó los valores de interleucinas estudiadas entre los pacientes y los controles y entre las 3 modalidades de tratamiento. Se correlacionó las concentraciones de interleucinas obtenidas con los valores de clinical activity score de los pacientes incluidos. Se reclutó 12 pacientes en fase activa de la enfermedad. Entre los 12 pacientes estudiados la edad media fue de 49 años habiendo entre ellos 7 mujeres y 5 hombres. El valor de CAS medio fue de 3,33.

Trás realizar el análisis ELISA de las muestras obtenidas se ha observado un descenso medio de concentración de IL6 en los cultivos con dexametasona respecto al placebo de un 88,79% ($P=0,016$). Los valores de IL6 encontrados en los cultivos con tocilizumab también han sido mayores que en caso de dexametsona (aumento medio: 1533,09 pg/mL, $p=0,03$). Se ha observado un aumento de la concentración de IL6 en los cultivos con tocilizumab respecto al placebo de un 18,34% ($p=0,19$). Respecto a las concentraciones de IL4, IL17 e INF gamma no se ha observado diferencias estadísticamente significativas entre las 3 modalidades del tratamiento estudiados. Respecto a la comparación de las concentraciones de interleucinas entre los cultivos basales de los pacientes y de los controles sanos el valor medio de IL6 en el grupo de lo pacientes fue mayor que en el grupo de los controles (1394,38 y 957,52 pg/mL respectivamente) sin alcanzar esta diferencia una significancia estadística ($p=0,19$).

No se ha observado una correlación estadísticamente significativa entre las concentraciones de interleucinas estudiadas y el valor de clinical activity score obtenido por los pacientes.

09:32-09:36 h. **CL-15. Hemangiopericitoma orbitario**

Dra. Regina López-Ladrón García de la Borbolla, Dra. María Cámara Jurado, Dr. Álvaro Bengoa González, Dr. Enrique Mencía Gutiérrez, Dra. María de Uña Iglesias
 Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Realizamos una revisión de los hemangiopericitomas orbitarios, de su manejo diagnóstico, terapéutico y seguimiento. Combinamos el estudio con varios casos clínicos tratados en nuestro servicio en los últimos años. El último caso fue operado por primera vez hace 25 años y ha sido reoperado con múltiples recurrencias presentando una evolución maligna. Un caso no ha presentado recurrencia. El otro, referido de otro centro tras varias recidivas a lo largo de 25 años, ha sido finalmente tratado mediante una exenteración orbitaria.

La resección quirúrgica completa del tumor con amplios márgenes de seguridad es obligada, debido a las altas tasas de recurrencia y malignización del mismo. Un buen estudio radiológico y de extensión puede aproximarnos a la mejor opción de abordaje quirúrgico. El tratamiento con radioterapia en casos de recidiva y tumores agresivos, tanto previa como posterior a la cirugía, puede ayudar a mejorar el pronóstico.

El espectro y agresividad es impredecible. Un 30% tiene criterios histológicos de malignidad. Las metástasis a distancia son poco comunes. Se han descrito recurrencias hasta en un tercio de los casos y tras muchos años de su resección quirúrgica. Por esto, consideramos que estos pacientes han de tener un seguimiento a muy largo plazo.

09:36-09:40 h. **CL-16. Implante de fosa temporal de polietileno poroso después de transposición de colgajo de músculo temporal en la exenteración orbitaria**

Dr. Mario Malmierca Corral, Dr. Álvaro Bengoa González, Dr. Enrique Mencía Gutiérrez, Dra. Alicia Muñoz Gallego, Dra. M.^a Dolores Lago Llinás
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Presentamos una revisión de 8 casos de exenteración orbitaria en los últimos 5 años: cinco casos por epiteloma basocelular con invasión orbitaria, un carcinoma epidermoide de senos con invasión orbitaria, un melanoma coroideo con extensión extraescleral y un hemangiopericitoma orbitario recidivado en varias ocasiones con evolución maligna. Todos los casos fueron reconstruidos en el mismo acto quirúrgico con un colgajo de músculo temporal de transposición que introdujimos en la órbita mediante ventana ósea por la pared lateral orbitaria. Fueron colocados implantes de Medpor de fosa temporal fijados al cráneo mediante tornillos de titanio para reducir la depresión de la fosa temporal. En todos los casos la colocación de la prótesis fue sencilla, fácilmente fijada y se logró un excelente resultado cosmético con buena integración del material, exceptuando dos casos en los que se produjo exposición del implante. En un caso por traumatismo con el peine al no tener sensibilidad en la zona después de años y en el otro caso se produjo una infección tras la retirada del drenaje. En el primero creció en los cultivos *Estafilococo coagulasa* negativo y en el otro *Enterobacter cloacae* antes de la extracción del implante, confirmando el germen en el implante después de su retirada.

Hay que tener en cuenta la falta de sensibilidad cutánea en la zona y tener especial cuidado en pequeños traumatismos que ocasionen una puerta de entrada para gérmenes que puedan infectar el implante poroso.

09:40-09:44 h. **CL-17. Diagnóstico diferencial del absceso orbitario asociado a sinusitis**

Dr. Alfredo Pueyo Ferrer, Dr. Tirso Alonso Alonso, Dr. Ramón Medel Jiménez, Dr. Emilio Segovia Maldonado, Dr. Óscar Balaguer Soler, Dr. José García Arumí
Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

Las sinusitis infecciosas pueden asociarse a complicaciones oftalmológicas: celulitis orbitaria, absceso subperióstico, absceso orbitario, celulitis preseptal y absceso preseptal. El diagnóstico diferencial se realiza en base al cuadro clínico y las pruebas de imagen, habitualmente TC.

Cuando la afectación orbitaria o preseptal evoluciona a absceso es importante el correcto diagnóstico de localización entre subperióstico, orbitario y preseptal, para decidir el grado de urgencia del tratamiento quirúrgico.

Revisamos 12 casos atendidos en urgencias por nuestro servicio de complicaciones orbitarias asociadas a sinusitis que precisaron cirugía de drenaje en los últimos 2 años. Analizamos la relación entre la clínica, las pruebas de imagen y los hallazgos intraoperatorios. En 5 casos hubo coincidencia en la localización del absceso intraoperatoria y el diagnóstico clínico-radiológico. En los otros 7 casos, la cirugía mostró una localización diferente. En 4 casos con diagnóstico clínico-radiológico de absceso preseptal, la cirugía mostró una localización orbitaria. En los otros 3 casos el diagnóstico clínico-radiológico era de absceso subperióstico, y la cirugía mostró una localización orbitaria. En 6 de estos 7 casos que la cirugía mostró una localización orbitaria, el absceso ocurrió como evolución de una celulitis orbitaria previa.

La dificultad en identificar el septo orbitario en la TC puede llevar al diagnóstico erróneo en la localización de un proceso inflamatorio a nivel postseptal o preseptal. También, debido a la anatomía orbitaria, un absceso orbitario puede dar lugar a una imagen muy similar a la propia de un absceso subperióstico.

Cuando en la evolución de una celulitis orbitaria secundaria a una sinusitis se produce un absceso, aunque los signos clínicos y radiológicos sean compatibles con un absceso preseptal o subperióstico, debe plantearse la posibilidad de tratarse de un absceso orbitario y plantear drenaje urgente del mismo.

09:44-09:48 h. **CL-18. Técnica de Olivari en la O.T.**

Dr. Fernando Rodríguez Álvarez, Dra. Rosanne Gosalbez Rafel, Dra. Rhadaisis Tapia Rivera
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona

Estudio retrospectivo de 21 casos de O.T. con exoftalmos a expensas de hipertrofia grasa sometidos a cirugía con t. Olivari. Las 21 órbitas corresponden a 11 hembras y un varón, 11 dchas y 10 izqs. La edad varió de 27

a 53 a. con edad media de 40,5. 71% fumadores y 29% no fumadores. Se controló la disfunción tiroidea 10 casos con I-131 y 2 con tiroidectomía. Todos evaluados previamente con RMN. La media de grasa extraída fue de 4,5 con un mínimo de 2 cc y un máximo de 7 cc. La reducción media de la proptosis fue de 3,5 mm con un máximo de 7 mm y un mínimo de 0 mm y una ds de 1,8. El coeficiente de correlación entre los cc de grasa extraídos y la reducción del exoftalmos es de 0,2 una correlación positiva débil.

La proptosis media según medición por Hertel previa a la cirugía era de 24.5 siendo la post de 21 mm. También hubo mejoría de la retracción postoperatoria pero con una correlación negativa entre extracción de grasa y retracción (r-0.5) pues a mayor extracción de grasa menor menor reducción de la retracción. No diferencias en la AV y TO pre-postcirugía. Las complicaciones fueron mínimas: 4 hematomas palpebrales, 2 casos de ptosis transitorias y un caso de parestesias región frontal.

09:48-09:52 h. CL-19. Tratamiento del querubismo con afectación orbitaria

Dr. Marco Sales Sanz, Dra. Patricia de Leyva, Dra. Ana R. Albandeja Jiménez,

Dr. Eduardo Sánchez Jáuregui, Dr. José Miguel Eslava

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

El querubismo es una rara enfermedad infantil hereditaria autosómica dominante. Produce una destrucción poliquistica indolora del hueso maxilar y mandibular. En muy raras ocasiones puede afectar a la órbita produciendo deformidad y compresión ocular o del nervio óptico. Se presentan dos casos con afectación orbitaria grave tratados quirúrgicamente. El querubismo es una enfermedad infantil rara que excepcionalmente puede producir una afectación ordinaria con compresión del globo o nervio. En la cirugía es necesaria la extirpación de las masas de hueso anómalo y la posterior reconstrucción de las paredes afectas. En los dos casos presentados la evolución fue favorable sin complicaciones.

09:52-10:00 h. Discusión

Viernes, 6

08:30-08:34 h. CL-20. Abordaje de tumores orbitarios mediante marginotomías

Dr. Marco Sales Sanz, Dra. Hae-Ryung Won Kim, Dra. Nieves Alonso Formento,

Dra. Ana R. Albandeja Jiménez, Dra. Andrea Sales Sanz, Dr. José M. Eslava

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Se presentan 12 casos de tumores orbitarios abordados mediante marginotomía, dos de reborde superior y 8 de lateral. Se presentan los distintos diseños de marginotomía, así como las indicaciones de las mismas. Los tipos histológicos de los tumores abordados mediante marginotomía incluyeron 3 quistes dermoides en reloj de arena, dos osteomas frontal, 3 hemangiomas cavernosos, un tumor de células granulares, un tumor fibroso solitario, una metástasis de un cáncer de mama, y un schwannoma.

La marginotomía permitió un acceso amplio a las lesiones en todos los casos, con mínimo traumatismo para las zonas circundantes. En todos los casos se realizó osteosíntesis con microplacas y tornillos sin complicaciones y con margen estable.

08:34-08:38 h. CL-21. Actualización en el manejo diagnóstico y terapéutico del melanoma coroideo con extensión extraescleral

Dr. Javier Sambriicio García, Dr. Alvaro Bengoa González, Dra. M.^a Dolores Hernández Morgado,

Dr. Enrique Mencía Gutiérrez, Dra. Alicia Muñoz Gallego

Hospital 12 de Octubre. Madrid

Los melanomas coroides con extensión extraescleral, entre un 2-15% de los melanomas coroides, son poco frecuentes y con un peor pronóstico vital. Realizamos una amplia revisión de los procedimientos

diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento en estos casos y lo combinamos con nuestra experiencia de 5 casos en los últimos 9 años. Para el correcto diagnóstico del melanoma corioideo una exploración fundoscópica es suficiente, acompañándose de una prueba de imagen, siendo la ecografía ocular B y la resonancia magnética nuclear (RMN) las técnicas preferidas para valorar sus características y extensión. Para descartar enfermedad metastásica se realizará exploración física, analítica con pruebas de función hepática y un TAC tóraco-abdominal para descartar metástasis hepática y pulmonar, como prueba más sensible y específica comparada con el resto de pruebas disponibles. En cuanto a su tratamiento, no hay consenso si es más beneficioso el abordaje quirúrgico más conservador, como la extracción de parte del tumor extraocular y radioterapia, o la enucleación ampliada y radioterapia, o más radical como la exenteración orbitaria. Si hay consenso al decidir que la radioterapia previa no ha demostrado ser beneficiosa en cuanto a la supervivencia y que en recidivas de abordajes conservadores, la exenteración es la técnica elegida para el control local del tumor. El estudio histológico del tumor y el estudio citogenético para detectar una monosomía 3 y recientemente, según un estudio, el análisis de la expresión de 15 genes, son los factores pronósticos de metástasis más importantes. Todos nuestros pacientes, una vez diagnosticados y confirmada su extensión extraescleral, descartada su extensión metastásica, se realizó una exenteración orbitaria con reconstrucción con colgajo de músculo temporal, realizándose un seguimiento durante años, valorando su estado general, orbitario y su supervivencia. Durante años la exenteración orbitaria se ha considerado una cirugía con gran impacto negativo para la calidad de vida del paciente, pero en la actualidad el avance en la cirugía reconstructiva ocular permite realizar esta técnica con grandes resultados estéticos y muy buena aceptación por los pacientes, además de lograr un gran control local sobre este tumor con extensión extraescleral.

08:38-08:42 h. CL-22. Linfomas orbitarios: la importancia de la sospecha diagnóstica y su correcto manejo

Dra. M.ª del Carmen de Uña Iglesias, Dr. Álvaro Bengoa González, Dr. Enrique Mencía Gutiérrez, Dra. Regina López-Ladrón García de la Borbolla, Dra. M.ª Dolores Lago Llinás

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Revisamos el manejo diagnóstico y terapéutico del linfoma orbitario a propósito de 6 casos en los últimos 6 años en nuestro hospital.

Las formas de presentación fueron múltiples y variadas en todos los casos, un paciente presentaba hiposfagmas espontáneos bilaterales de repetición. Otro paciente fue incorrectamente diagnosticada y tratada como conjuntivitis adenovírica, ya que presentaba hiperemia conjuntival, quemosis, epifora y adenopatía preauricular. Otro paciente con inflamaciones orbitarias de repetición durante un año, en principio unilateral y posteriormente bilateral, con antecedentes años atrás de Xantogranuloma juvenil. El caso de una paciente a la que se le había realizado una biopsia excisional de una masa orbitaria, siendo un quiste dermoide, y que en poco tiempo presentó una proptosis con una nueva masa orbitaria. Otro caso de una paciente derivada por neurocirugía por ptosis, diplopía y posible meningioma. Por último el caso de un varón de 76 años referido con grandes bolsas de grasa palpebrales bilaterales en ambos párpados, en las que se palpan algunas zonas induradas. En todos los pacientes se realizó prueba de imagen con tomografía computerizada o resonancia magnética, y se realizó biopsia excisional de la lesión, confirmándose el diagnóstico histopatológico mediante inmunohistoquímica de linfoma orbitario. Los resultados anatomopatológicos fueron de linfoma de células grandes B en 2 casos, linfoma de células del manto estadio IV en 1 caso, linfoma MALT en 1 caso y linfoma de bajo grado con transformación a alto grado y afectación sistémica en los 2 restantes. Todos los pacientes fueron referidos a Hematología para estudio de extensión y tratamiento.

Todos los casos se presentaron con sintomatología inespecífica como inflamaciones leves persistentes, hemorragias subconjuntivales o bolsas palpebrales por lo que la biopsia excisional o incisional es clave para el diagnóstico.

Aunque los linfomas orbitarios suelen estar localizados y responden bien al tratamiento, es preciso realizar siempre un estudio de extensión ya que la diseminación sistémica ensombrece el pronóstico y precisa de tratamiento quimioterápico.

08:42-08:46 h. CL-23. Metaplasia ósea intraocular en ojos ciegos dolorosos

Dr. Álvaro Bengoa González, Dra. Silvia Pérez Trigo, Dr. Enrique Mencía Gutiérrez, Dra. M.ª Dolores Lago Llinás, Dr. Javier Sambricio García

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Presentamos cinco casos de ojos ciegos muy dolorosos de años de evolución, en los que realizamos una evisceración y su estudio histopatológico en los últimos 3 años, donde se observaron cambios metaplásicos. Todos los casos presentados tenían un diagnóstico de ptisis bulbi por múltiples cirugías retinianas, a excepción de uno que tenía como antecedente un traumatismo. En todos los casos intervenidos el estudio histopatológico mostró metaplasia ósea y en cuatro de ellos la extracción del contenido ocular mostraba signos macroscópicos de osificación. El dolor cedió de inmediato, siendo muy característico el dolor previo que manifestaban todos los pacientes. La metaplasia ósea podemos encontrarla en 5-18% de los casos de evisceración, siendo la subretiniana la más frecuente, aunque también la prerretiniana está aumentando. Los ojos en ptisis bulbi, el desprendimiento de retina de larga evolución y los ojos traumatizados son los casos que más frecuentemente asocian esta osificación, interviniendo en su patogenia células pluripotenciales que pueden diferenciarse en fibroblastos u osteoblastos. Los ojos con desprendimiento de retina crónico, con hiperplasia de epitelio pigmentario o con drusas, presentan un mayor riesgo de osificación intraocular.

08:46-08:50 h. CL-24. Enucleación en el melanoma de coroides: revisión de 22 casos

Dr. Roberto Fernández Hermida, Dra. Bárbara Berasategui Fernández, Dra. Ana Orive Bañuelos

Hospital Universitario de Cruces. Bilbao

Se trata de un estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de melanoma de coroides que precisaron enucleación del globo ocular entre enero de 2000 y enero de 2014 en el área sanitaria del Hospital Universitario de Cruces. El objetivo del presente trabajo ha sido analizar la epidemiología, clínica, histología y supervivencia del melanoma de coroides en una serie de pacientes a los que se ha practicado enucleación del globo ocular, así como los detalles de la técnica quirúrgica con las modificaciones y el protocolo actual de la unidad de Órbita y Oculoplástica del Hospital Universitario de Cruces-Osakidetza. Se identificaron 22 casos de melanoma de coroides (12 varones con una edad media de 56,75 años y 10 mujeres con una edad media de 66,7 años), de los cuales 8 presentaron un iris de color azul, 3 fueron verdes y 8 marrones. 14 se localizaron en el ojo derecho, 9 en el cuadrante nasal-inferior y 11 fueron de estirpe fusiforme. Sólo 2 pacientes habían recibido radioterapia externa ocular previa. Ninguno presentó extensión extraocular preoperatoria. El motivo de consulta más frecuente fue la disminución de agudeza visual y el hallazgo más habitual, el desprendimiento de retina. El tamaño medio medido por ecografía fue de 14,3 mm de diámetro longitudinal máximo y 7,8 mm de diámetro antero-posterior. Se empleó en todos los casos un implante intraorbitario de polietileno poroso que precisó recambio en 2 casos (9%). La exoftalmometría de Hertel postoperatoria reveló una asimetría de 1,3 mm entre ambas órbitas. La supervivencia media fue de 4,8 años tras la cirugía, siendo la supervivencia a 3 años del 58,3% y a los 5 años, del 41,6%.

La enucleación del globo ocular continúa siendo el tratamiento de elección en los casos de melanoma de coroides de tamaño grande y mediano con factores de riesgo añadidos debido a las limitaciones en la utilización de braquiterapia con I125. Una técnica quirúrgica minuciosa reduce la incidencia de metástasis, sin bien la mortalidad de estos pacientes a largo plazo es todavía alta.

08:50-08:54 h. CL-25. Obtención de injertos en paciente malformado

Dra. María Granados Fernández, Dr. Ricardo Romero Martín, Dr. Jesús M. Muñoz Caro

Hospital Universitario La Paz. Madrid

Presentamos el caso de un paciente afecto de fisura facial atípica provocada por brida amniótica que presenta anoftalmía izquierda, fisura palatina y labial, ausencia de pabellón auricular y malformación a nivel de la zona maxilar. Preciso múltiples cirugías de reconstrucción de la cavidad anoftálmica sin posibilidad de acudir a injertos auriculares, de mucosa nasal ni palatina dadas las múltiples cirugías y ausencia de tejidos debido a su malformación.

Se recurre a un injerto doble de mucosa labial y yugal para conseguir el tamaño precisado para la última reconstrucción realizada. Los pacientes con anoftalmía congénita suelen presentar en un alto porcentaje de casos otras malformaciones asociadas lo que complica en gran medida la utilización de injertos de distintas localizaciones. Se analizará la posibilidad de utilizar injertos dobles para conseguir el volumen requerido.

08:54-08:58 h. **CL-26. Implantes orbitarios secundarios. Técnica quirúrgica y resultados a largo plazo**

*Dr. Santiago Ortiz Pérez, Dr. David H. Verity, Dra. Estrella Fernández,
Dr. Miguel González Candial, Dra. Ania Leszczynska, Dr. Geoff Rose*
Hospital Clinic. Barcelona

Los implantes orbitarios secundarios se usan para tratar el déficit de volumen en cavidades anoftálmicas. Aunque sigue habiendo controversia respecto al material usado para este tipo de implantes, la mayoría de autores coinciden en que la técnica quirúrgica es el punto fundamental que determina una buena evolución y evita complicaciones.

Se describen las indicaciones, técnica quirúrgica y evolución de una serie de pacientes tras cirugía de implante orbitario secundario. Se excluyeron de esta cohorte todos los casos de evisceración o enucleación primaria, o de recambio de implante.

Revisión retrospectiva de casos que fueron sometidos a cirugía de implante secundario orbitario por 2 cirujanos en el Hospital Moorfields (Londres). Se recogieron los antecedentes médicos de interés, detalles de la técnica quirúrgica utilizada, datos del implante, complicaciones y duración del seguimiento. Se incluyeron 54 ojos de 53 pacientes. 29 hombres y 24 mujeres. Edades entre 17 y 73 años (media 42). Los antecedentes fueron 33 traumatismos, 7 tumores, 5 infecciones, 5 anomalías congénitas, 1 caso de varices orbitarias, 1 caso de obstrucción de vena central de la retina, y 2 casos en los que la causa no pudo ser establecida.

Las cirugías se llevaron a cabo bajo anestesia general. La técnica estándar consistió en la incisión de la conjuntiva en su parte media, disección de los tejidos hasta abrir el cono muscular, inserción del implante orbitario con especial cuidado para no empujar los tejidos hacia el fondo de la cavidad. Para evitar un posicionamiento bajo del implante, el recto inferior fue localizado mediante palpación sobre el suelo orbitario. Cierre por planos evitando excesiva tracción y acortamiento de los fondos de saco, colocación de un conformador grande y oclusión firme durante 1 semana.

El diámetro medio del implante fue 20 mm (18-22mm). En 47 casos se usó un implante acrílico esférico, en los 7 restantes se usó hidroxiapatita. 36 casos fueron además recubiertos en sus 2/3 anteriores con una malla. La mediana de seguimiento fue de 7 años y 5 meses. No hubo casos de infecciones o extrusiones de implantes. 9 casos requirieron cirugías posteriores para aumentar el volumen de la cavidad (4 recambios por implantes mayores y 5 implantes de suelo de órbita), 8 de estos 9 casos tenían un implante de 18 mm. 19 casos requirieron otras cirugías para mejorar el área periocular (ptosis, cantoplastias, reconstrucciones de fondos de saco).

Se sabe que la cirugía de implante orbitario secundario puede conseguir buenos resultados a largo plazo, con unas tasas de extrusión descritas menores al 10% si se usa una técnica quirúrgica correcta.

Estos casos resultan más complejos que los implantes primarios, ya que todos ellos presentan previamente PESS, en ocasiones severo, y la anatomía de la órbita se encuentra muy alterada. Resulta de suma importancia la realización de una técnica quirúrgica correcta, como la descrita en este estudio, evitando el arrastre de los tejidos de la órbita hacia el fondo de la misma, y el uso del implante más grande que sea posible implantar.

08:58-09:02 h. **CL-27. Reconstrucción de cavidad complicada mediante injerto de mucosa oral o dermograso, nuestra experiencia**

Dra. María Varela Agra, Dra. Consuelo Prada Sánchez, Dr. José V. Pérez Moreiras
Centro Oftalmológico Moreiras. Santiago de Compostela

Revisión de 103 historias clínicas de pacientes eviscerados en nuestro centro o remitidos al mismo para recibir tratamiento, en los últimos 8 años.

64 pacientes eviscerados por nosotros, 62 buena evolución, dos extrusiones del implante poroso.

15 pacientes remitidos para tratar el enoftalmos tras su evisceración, estas cavidades fueron reconstruidas según la patología con implante secundario, injerto dermograso, ambas cosas o lipoestructura.

24 pacientes enviados a nuestro centro para reconstruir cavidades complicadas, por exposición del implante poroso o cavidades contraídas (parte central de la exposición). Mostrar brevemente nuestros resultados en evisceración con colocación de implante poroso, % de extrusiones.

Explicar en qué casos realizamos una técnica de reconstrucción u otra según la patología existente (apoyo audiovisual): injerto de mucosa oral o dermograso.

09:02-09:06 h. CL-28. Inserción de la apófisis unciforme en relación con la fosa lagrimal*Dra. Pilar Cifuentes Canorea, Dr. Juan Troyano Rivas*

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Estudio retrospectivo descriptivo en el que se ha analizado la localización de la inserción de la apófisis unciforme en tomografías axiales computarizadas de 30 pacientes consecutivos, descartándose aquellos cuya patología pudiera interferir con la evaluación de la inserción. En cada paciente se determinó la inserción de la apófisis unciforme en tres niveles, superior, medio e inferior, en relación al saco lagrimal, clasificando esta inserción en cada nivel como: retrolagrimal (posterior al hueso lagrimal), lagrimal (en el hueso lagrimal), maxilar, o en el cornete medio. Se analizaron un total de 30 pacientes (17 mujeres y 13 hombres). Encontrándose unos porcentajes de inserción de la apófisis unciforme a nivel superior: retrolagrimal 10%, lagrimal 10%, maxilar 23,3% y en el cornete 56,7%. A nivel medio: retrolagrimal 20%, lagrimal 36,7%, maxilar 40% y en el cornete 3,3%. A nivel inferior: retrolagrimal 36,7%, lagrimal 50%, maxilar 13,3%.

Si bien en la dacriocistorrinostomía (DCR) externa la localización de la apófisis unciforme es posiblemente indiferente, se ha sugerido la relevancia de la misma en la DCR endonasal, y la pertinencia de realizar una uncinectomía. Queda por determinar su importancia a la hora de realizar una DCR endocanalicular con láser diodo, si bien nuestra hipótesis es que los casos con inserción maxilar, e incluso algunos de inserción lagrimal, serían de peor pronóstico si no se asociase una uncinectomía previa, ya que la unciforme nos impediría una correcta visualización y manipulación de la osteotomía que estuviéramos realizando. Sin embargo, aquellos casos con inserción retrolagrimal serían los más favorables, ya que la visualización de la osteotomía no estaría dificultada.

09:06-09:10 h. CL-29. Manejo del dacriocistocele congénito mediante tratamiento conservador*Dr. Javier Orduña Azcona, Dra. Ester Casas Gimeno, Dra. Sabina Luna Marine,**Dr. Joan Prat Bartomeu*

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

Realizamos un estudio retrospectivo de 20 pacientes con 24 dacriocistoceles congénitos diagnosticados entre 2007 y 2013 en el hospital Sant Joan de Déu (Barcelona). Los datos revisados fueron sexo, lateralidad, edad a la presentación, infección asociada, mucocelos intranasales asociados, tipo y resultado del tratamiento. Dieciséis fueron unilaterales (66%). Trece (65%) eran mujeres. La edad media de presentación fue de 20 días (rango 0-90 días). Diecisiete (71%) fueron remitidos por el pediatra por presencia de una masa azulada en la región del saco lagrimal y 7 (29%) por dacriocistitis aguda. Otros 3 dacriocistoceles se infectaron en días posteriores al diagnóstico (41% infección total).

En todos los pacientes se realizaron masajes sobre la zona del saco lagrimal y aplicación de compresas calientes. Quince dacriocistoceles (62%) recibieron antibiótico intravenoso. Nueve casos (38%) se resolvieron mediante tratamiento conservador. Doce dacriocistoceles fueron tratados mediante sondaje en quirófano bajo anestesia general (tasa de éxito 91%) y 3 con sondaje y marsupialización del mucocelo nasal asociado (tasa de éxito 100%).

El tiempo medio desde el inicio del tratamiento conservador hasta la resolución del dacriocistocele fue de 13,7 días (rango 2-41). El tiempo medio de seguimiento fue de 5 meses durante el cual no se objetivaron recurrencias.

09:10-09:14 h. CL-30. Traumatismos de la vía lagrimal. Reparación mediante sonda Minimonoka*Dra. Elisa Pérez Ramos, Dr. Diego Losada Bayo*

Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid

Se presentan 2 casos de pacientes con afectación traumática de la vía lagrimal. En el primer caso se produce una laceración completa del canalículo inferior tras un accidente laboral y en el segundo se produce una rotura traumática del saco lagrimal. En ambos pacientes se procede a la reparación en quirófano, bajo

microscopio, y con colocación de sonda minimonoka. El paso principal de las reconstrucciones de la vía lagrimal es la buena aproximación de los extremos dañados para facilitar una correcta regeneración de la mucosa y, de ese modo, evitar una obstrucción de la vía con la consecuente e incómoda epífora para el paciente. Existen diversas técnicas para la reparación de las laceraciones traumáticas de la vía lagrimal: la anticuada cola de cerdo y la intubación mono o bicanalicular mediante tubos de silicona. La reconstrucción e intubación mediante sonda minimonoka en las laceraciones traumáticas de la vía lagrimal es una opción segura, eficaz, sencilla y con pocas complicaciones.

09:14-09:18 h. CL-31. Fístulas del saco lagrimal que simulan un epitelioma basocelular o viceversa

Dra. Silvia Pérez Trigo, Dr. Álvaro Bengoa González, Dr. Enrique Mencía Gutiérrez,

Dra. M.ª Dolores Lago Llinás, Dr. Rodolfo Aburto Noguera

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Presentamos tres casos referidos en el último año a nuestra unidad como fístulas de saco lagrimal, en pacientes con epífora de meses de evolución. Los pacientes presentaban una lesión ulcerativa en el canto medial o inferior al nivel del saco lagrimal, obstrucción de vía lagrimal con episodios de dacriocistitis agudas o mucocel.

Acompañamos este trabajo con una revisión en la literatura de los casos que pueden simular ambas patologías. Dadas las características de la lesión decidimos realizar un estudio previo histopatológico, realizando una cirugía de Mohs diferida de la lesión cutánea erosivo-costrosa, antes de abordar una cirugía de vía lagrimal. El resultado en dos casos fue de epitelioma basocelular esclerosante y en el otro se confirmó la fístula cutánea. En los casos de malignidad realizamos una cirugía de ampliación con márgenes y en profundidad así como la exéresis de la vía lagrimal. Tiempo medio sin recidivas.

Una buena anamnesis y exploración son fundamentales para orientar el diagnóstico diferencial, debiendo realizar siempre una biopsia escisional previa ante la sospecha de malignidad aunque parezca una fístula cutánea en un paciente con obstrucción de la vía lagrimal. Las fístulas del saco lagrimal suelen localizarse inferior al canto medial, zona también de aparición de algunos epitelomas basocelulares como los esclerosantes, pudiendo dificultar su diagnóstico con las fístulas. En estos pacientes puede ser de utilidad hacer una TAC pero no debe cambiar nuestra actitud de realizar una biopsia escisional previa.

09:18-09:22 h. CL-32. Factores pronósticos asociados a la conjuntivodacriocistorrinostomía mínimamente invasiva con colocación de tubo de Jones

Dr. José J. San Román Llorens, Dr. Nicolás Toledano Fernández, Dr. Ignacio Genol Saavedra,

Dra. Raquel Lapuente Monjas, Dra. Mercedes Rivera Zori, Dra. Araceli Nogueira Goriba

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

Describir los posibles factores pronósticos asociados a la realización de cirugía de la vía lagrimal mediante conjuntivodacriocistorrinostomía (CDCR) mínimamente invasiva con visualización endoscópica y colocación de tubo de Jones.

Serie retrospectiva de casos clínicos. Se incluyeron un total de 64 pacientes: 37 varones (57,8 %) y 27 mujeres (42,2%) con obstrucción canalicular completa, a los que se les practicó una CDCR con implante de tubo de Jones seguidos durante al menos 48 meses. Valoramos los posibles factores pronósticos incluyendo: etiología, sexo, exoftalmometría, hiperlaxitud palpebral, vector negativo, morfología caruncular, alteraciones de la fosa nasal, maniobras endonasales, tamaño y morfología del tubo de Jones realizando una asociación estadística con las complicaciones y resultados de permeabilidad postoperatorios. No observamos complicaciones intraoperatorias en ninguno de los pacientes. Los resultados de permeabilidad fueron: permeables el 59,4%, parcialmente permeable el 7,8% y con complicaciones el 32,8% de los pacientes. Incluimos en complicaciones la aparición de granuloma en el 3,1%, migración del tubo el 12,5% y extrusión en el 17,2% de los mismos. No encontramos relación estadísticamente significativa entre la etiología ($p=0,255$), sexo ($p=0,880$) morfología y longitud del tubo de Jones ($p=0,524$) ($p=0,218$), maniobras endonasales ($p=0,120$) y los resultados de permeabilidad obtenidos. Encontramos una asociación estadística significativa entre la hiperlaxitud palpebral ($p=0,007$), morfología caruncular ($p<0,001$), exoftalmometría ($p=0,015$) y vector

negativo ($p < 0,05$) con los resultados de permeabilidad. Estos últimos factores pronósticos presentan un coeficiente de correlación de Spearman estadísticamente significativo estableciendo una correlación lineal entre la hiperlaxitud palpebral, morfología caruncular, exoftalmotría y vector negativo con la tasa de complicaciones postoperatorias.

09:22-09:26 h. **CL-33. 95% de éxito en DCR externa: ¿mito o realidad?**

Dr. Juan A. Troyano Rivas, Dra. Lucía Perucho González, Dra. Almudena Asorey García

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Estudio retrospectivo mediante revisión de las historias clínicas de los pacientes que constaban como operados de dacriocistorrinostomía (DCR) externa por el autor principal (JATR) durante los años 2010-12. Se revisaron las historias de 95 pacientes, excluyéndose del estudio 19 pacientes por ausencia de historia, tipo de intervención incorrecta, o haber sido realizada la DCR por otros cirujanos.

Se registraron la edad, sexo, antecedentes, patología canalicular, complicaciones e incidencias intra y postoperatorias, y momento de retirada de la intubación. Se registraron la permeabilidad de la vía lagrimal y la sensación de epífora del paciente en la última revisión.

Los datos han sido analizados mediante el programa SPSS v22.0. La edad media fue de 72 años (rango 43-88 años). El 78,9% fueron mujeres. Entre los antecedentes destacaba un 20% de dacriocistitis aguda previa. La intubación se mantuvo una media de 20 semanas (desviación estándar: 7.8 semanas). La última revisión se realizó a los 10 meses de media (rango: 2-39 meses).

De los 76 pacientes incluidos en el estudio, 69 eran DCR primarias, y 7 reintervenciones. A efectos del análisis, el grupo de DCR primaria fue subdividido a su vez en dos en función de la presencia ($n=10$) o no ($n=59$) de estenosis canalicular asociada, diagnosticada pre o intraoperatoriamente.

En el grupo de DCR primaria sin estenosis canalicular, la vía lagrimal fue completamente permeable en el 95% ($n=56$), parcialmente permeable con reflujo en la irrigación en el 3,4% ($n=2$), y no permeable en un solo caso, que fue el único de toda la serie que tuvo hemorragia intraoperatoria importante. El 85% de estos pacientes ($n=50$) no referían epífora, un 3,4% de pacientes sí ($n=2$), y en el restante 11,9% de casos no constaba la sintomatología en la historia clínica.

En el grupo de DCR primaria con estenosis canalicular, la vía lagrimal fue completamente permeable en el 60% ($n=6$), parcialmente permeable con reflujo en la irrigación en el 20% ($n=2$), y no permeable en el 20% ($n=2$). El 60% de estos pacientes ($n=6$) no referían epífora, un 20% de pacientes sí ($n=2$), y en el restante 20% de casos no constaba.

Respecto al grupo de reintervenciones, la vía lagrimal fue completamente permeable en el 57% ($n=4$), y no permeable en 3 casos. El 71% de estos pacientes ($n=5$) no referían epífora, mientras que en los otros 2 casos no constaba la sintomatología.

El estudio sugiere que, tras una adecuada curva de aprendizaje, en DCR primarias sin estenosis canalicular asociada es posible alcanzar casi el 100% de éxito anatómico, y posiblemente un porcentaje muy levemente inferior de éxito funcional. La probabilidad de éxito disminuye claramente si hay estenosis canalicular o si se trata de una reintervención.

09:26-09:40 h. **Discusión**

CP-01. Características clínicas para el diagnóstico precoz de las lesiones palpebrales malignas. Experiencia clínica y revisión bibliográfica

Dra. Pamela Campos Figueroa, Dra. Gemma Julio M., Dr. Mouafek Asaad, Dr. Pere Pujol V
Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona

Aproximadamente 5 a 10% de todos los cánceres de piel ocurren en los párpados. Los estudios destacan el carcinoma basocelular como el carcinoma palpebral más frecuente, seguido del carcinoma escamoso, el carcinoma sebáceo y el melanoma maligno.

Descripción de las características clínicas de las lesiones palpebrales malignas que permiten diagnosticarlas y tratarlas de forma temprana.

Presentamos un estudio retrospectivo de 14 casos de tumores palpebrales malignos con registro fotográfico adjunto: 8 carcinomas basocelulares, 2 carcinomas escamosos, 1 carcinoma sebáceo, 2 melanomas y 1 sarcoma. Se evaluaron las características clínicas y el tiempo diagnóstico, y se compararon con las principales características clínicas descritas para cada tipo de lesión mediante una revisión bibliográfica a través de MEDLINE, entre el año 2001 y 2013, de lengua inglesa en referencia a «eyelid tumors». El aspecto clínico de nuestra muestra coincidió, en general, con las características clínicas descritas en la literatura médica, destacando como característica clínica esencial en el carcinoma basocelular una lesión papular translúcida con ulceración central y teleangiectasias, en el carcinoma escamoso lesiones placoides o nodulares indolores con descamación y fisuración dérmica, en el carcinoma sebáceo la presencia de lóbulos compactos glandulares que producía tumefacción palpebral o del borde libre según el tipo glandular afectado, y por último, en el melanoma lesiones de coloración marrónácea, azul, gris o negra de superficie uniforme o sobrelevada. El tiempo en el diagnóstico clínico presentó un retraso de 6 a 9 meses en el carcinoma escamoso y sebáceo, y fue inmediato en el carcinoma basocelular y el melanoma. Nos encontramos con los mismos problemas diagnósticos descritos en relación al diagnóstico diferencial del carcinoma sebáceo con la blefaritis crónica y el chalazión.

Destacamos la importancia del conocimiento del aspecto clínico de estas lesiones para su diagnóstico temprano.

CP-02. Tricoblastoma Quístico Palpebral

Dr. Felipe M. Costales Mier, Dra. Elena Pérez Díez, Dr. José A. Toribio García, Dra. Bárbara Martín Escuer, Dra. Laura Monje Fernández
Complejo Asistencial Universitario de León. León

Caso clínico, examen físico, registro fotográfico de presentación clínica e imágenes intraoperatorias, estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico.

Reporte de un caso clínico, documentar y describir los hallazgos de la presentación clínica y del resultado de anatomía patológica e inmunohistoquímica, y realizar un diagnóstico diferencial.

Los tumores cutáneos derivados de estructuras foliculares clínicamente tienen muchas veces la misma presentación. Su resección completa puede ser tanto diagnóstica como terapéutica y es fundamental para su estudio histopatológico, que nos brindará el diagnóstico definitivo.

Presentamos un caso de Tricoblastoma quístico palpebral, una lesión rara, no descrita a nivel palpebral, que por su clínica similar al carcinoma de células basales, hace fundamental su adecuado diagnóstico y tratamiento. Paciente mujer de 48 años que acudió a urgencias por importante inflamación párpado superior derecho tras sufrir traumatismo en reborde orbitario derecho. Como antecedentes personales refirió extirpación quiste en párpado superior izquierdo hace 10 años y existencia de tumoración de pequeño tamaño en párpado superior derecho. A la exploración presentaba gran edema palpebral y absceso en párpado superior derecho que requirió drenaje y antibioterapia sistémica. La evolución fue favorable, con resolución de proceso inflamatorio, persistiendo tumoración en reborde orbitario externo derecho. Se decidió intervención quirúrgica para extirpar dicha lesión. Se envió a anatomía patológica y además se realizó estudio inmunohistoquímico. Histológicamente se observaron varios nódulos de células escamosas con islotes de células geminativas foliculares en imagen de empalizada periférica, compuestos por numerosas formas de folículos pilosos inmaduros y abortivos, rodeados por un estroma densamente celular que se delimita claramente de dermis adyacente. La inmunohistoquímica mostraba: Citoqueratina AE1/AE3 intensamente positiva, EMA focalmente positiva, Ber-Ep4 focalmente positiva, Bcl2 positividad focal

a nivel de nódulos tumorales y CD34 con positividad en los fibrocitos del estroma tumoral, resultando quiste infundibular tricoblástico (tricoblastoma quístico) totalmente extirpado. La evolución fue favorable resolviéndose proceso.

El tricoblastoma es una tumoración cutánea benigna y rara, que aparece en zonas como la cara y el cuello. Deriva de estructuras de la diferenciación folicular, que puede ser clínica e histológicamente confundida con un carcinoma de células basales, y además se tiene que realizar un diagnóstico diferencial con otras lesiones que derivan de estructuras foliculares, que incluyen hamartoma, quistes y neoplasias que presentan diferenciación germinativa y matricial. Presentamos un subtipo de tricoblastoma, tricoblastoma quístico que a diferencia del anterior presenta un componente predominantemente quístico, compuesto por células germinativas foliculares, que emanan de la capa basal de la pared del quiste.

CP-03. Tengo un gusano en el ojo: manejo del paciente infectado por el Loa Loa

Dr. César Hita Antón, Dra. Cristina Míguez García

Hospital Universitario de Torrejón. Madrid

Presentamos el caso de una paciente de 21 años natural de Guinea Ecuatorial que acudió de Urgencias por presentar dolor intenso y ojo rojo en ojo izquierdo de 2 horas de evolución. La paciente refería como antecedentes oculares episodios de inflamación palpebral y ojo rojo en otras ocasiones que se resolvieron espontáneamente. Como antecedentes sistémicos destacaba una eosinofilia crónica en seguimiento por Medicina Interna. En la exploración se objetivó la presencia de un nematodo en espacio subconjuntival bulbar temporal inferior. Fue intervenida de urgencia una hora después siendo aislado el patógeno tras desplazarse al espacio subconjuntival paralimbar superior. Se extrajo con fórceps sin dientes tras incidir 2 mm en conjuntiva bajo anestesia tópica y sedación y fue enviado a filiar por Microbiología, que confirmó que se trataba de un Loa Loa macho. La loiasis es una infección endémica en zonas selváticas de países del oeste y centro de África, entre los que se encuentra Guinea Ecuatorial. Se calcula que la población en riesgo es de unos 30 millones de personas y que la prevalencia de la infección puede alcanzar hasta un 20%. También se han descrito episodios en pacientes en el norte de India. Este problema de salud es cada vez menos anecdótico en países occidentales debido a la cada vez mayor presión migratoria. El periodo desde la exposición a la enfermedad a través de la picadura de un tábano del género *Chrysops* hasta el desarrollo de los síntomas puede variar y ser de hasta 16 años. En nuestro caso, nuestra paciente emigró de su país hace 13 años y no ha vuelto a él desde entonces. Las microfilarias pueden tardar un año en madurar y convertirse en adultas y éstas pueden vivir dentro del cuerpo humano hasta 17 años.

La eosinofilia es un hallazgo muy frecuente, encontrándose en un 81% de estos pacientes. Los hallazgos oculares más frecuentes son dolor, congestión, picor, fotofobia y edema en conjuntiva o párpados. La localización más frecuente es la subconjuntival aunque puede ser hallado en el párpado o incluso en cámara anterior.

El tratamiento de elección es la eliminación quirúrgica con pinzas. Dado que el nematodo es muy móvil, algunos autores abogan por inmovilizarlo con una barrera de anestésico (lidocaína 1%) y vasoconstrictor (adrenalina 1:100 000). El tratamiento quirúrgico no se debe diferir ante la posibilidad de que el Loa loa migre y se haga inaccesible.

El diagnóstico se basa en el análisis del gusano y el estudio de la presencia de microfilaremia. El tratamiento médico tiene como objetivo erradicar la infestación y evitar complicaciones.

CP-04. Manejo del entropión cicatricial de párpado superior de origen tracomatoso

Dra. Laura Jiménez Lasanta, Dra. Rosa Burdeus Gómez, Dr. Javier Soler

Hospital General San Jorge. Huesca

Presentamos el caso de un varón de 45 años de edad, natural de Senegal. Acude a consulta por molestias en ambos ojos y sensación de roce de pestañas principalmente en su ojo izquierdo. Refiere antecedentes de infecciones oculares en su infancia, en su país de origen. A la exploración se observa entropion cicatricial de ambos párpados superiores con verticalización de las pestañas, lo que produce roce y erosiones corneales en su ojo izquierdo. A la eversión palpebral, se evidencia la existencia de la línea de Arlt, una línea cicatrizal densa de la conjuntiva tarsal superior. A nivel corneal presenta leucomas antiguos bilaterales y sinequia

iridocorneal en el ojo izquierdo, secuela de una perforación corneal antigua. Dada los signos clínicos, llegamos al diagnóstico de presunción de afectación ocular por tracoma en estadio IV o fase cicatricial y de secuelas.

Se pauta tratamiento lubricante intensivo y tratamiento quirúrgico. Se realiza fractura tarsal del párpado superior izquierdo, realizando una incisión a nivel de línea gris, y sujeción del segmento superficial de la placa tarsal con Prolene doblemente armado de 5/0 para mantenerlo evertido. De esta forma se consigue cambiar la orientación de las pestañas y rectificar el borde libre palpebral. Mejoran las alteraciones epiteliales y el resultado se mantiene a los 2 meses postquirúrgicos. La fractura tarsal es una técnica muy útil. Ante un caso de entropión cicatricial del párpado superior debemos considerar la afectación por Chlamydia Trachomatis. Afortunadamente este tipo de infección es muy poco frecuente en nuestra sociedad, pero debido a la inmigración hay que tenerla siempre en consideración.

CP-05. Técnica de Jones modificada para el tratamiento del entropión senil: serie de 3 casos

Dra. Laura Jiménez Lasanta, Dra. Rosa Burdeus Gómez

Hospital General San Jorge. Huesca

Describimos el caso de una mujer de 79 años de edad, que presenta entropion involucional de su párpado inferior derecho, sin evidenciarse hiperlaxitud horizontal. El párpado inferior izquierdo está correctamente posicionado. Destaca hipertrofia del músculo orbicular pretrasal. Así mismo, mostraba queratopatía secundaria a roce de las pestañas. El segundo caso es un varón de 80 años con entropión senil de su párpado inferior derecho, y el tercer caso es una mujer de 75 años ya intervenida en otro centro de entropión derecho, que acude con entropión senil de su párpado inferior izquierdo. También destaca marcada hipertrofia del orbicular, sin hiperlaxitud horizontal palpebral.

Se decide realizar abordaje quirúrgico con técnica de Jones modificada en los tres casos. Tras infiltrar anestesia subcutánea, se realiza una incisión subciliar a 4mm bajo las pestañas, se disecciona por planos hasta exponer la placa tarsal y el septo orbitario. Bajo el septo, insertándose en el borde inferior del tarso, identificamos los retractores del párpado inferior (fascia capsuloplalpebral y músculo tarsal inferior).

Colocamos varias suturas de 4/0 doblemente armadas (2 ó 3) para realizar la plicatura de los retractores (modificación de la técnica de Jones) que pasan por éstos para acabar en el borde inferior de la placa tarsal y salir a piel (a unos 2 mm bajo las pestañas). Es esencial comprobar que la plicatura tiene el efecto deseado, buscando una leve hipercorrección postquirúrgica inmediata. Posteriormente realizamos la exéresis de músculo orbicular pretarsal (hipertrofico en los 3 casos) y de una semiluna de piel, y el cierre de la piel con seda 6/0. Los resultados postquirúrgicos son buenos, con resolución completa de la queratopatía y las molestias de los 3 pacientes. Nuestra técnica combina el abordaje de la técnica de Jones, con un posicionamiento de las suturas de plicatura de los retractores diferente al de esa técnica. Esta variación en la localización de las suturas, nos posibilita un mayor control de la plicatura y la libertad de poder realizar la orbiclectomía y exéresis de piel como último paso previo al cierre de la incisión, ya que las suturas sólo emergen por el borde superior de la incisión cutánea (a unos 2 mm bajo las pestañas). Con ella, obtenemos muy buenos resultados, por lo que la usamos como técnica de elección en el entropion involucional sin hiperlaxitud horizontal asociada. Los 3 casos han presentado una óptima evolución postquirúrgica.

CP-06. Lifting del tercio medio facial: una pequeña gran ayuda para la tira tarsal lateral en el entropion senil severo

Dra. Laura Jiménez Lasanta, Dra. Rosa Burdeus Gómez

Hospital General San Jorge. Huesca

Paciente de 80 años, que acude con ectropion senil muy severo con poca elasticidad cutánea y lagofthalmos. Presenta intensa queratitis. Tras instaurar tratamiento lubricante intensivo, se realiza acortamiento de la laxitud horizontal mediante tira tarsal lateral con fijación a periostio de reborde orbitario lateral, algo más interno y superior que de costumbre, con prolene de 4/0.

Para tratar el componente vertical realizamos, además, una suspensión del tercio medio facial con suturas profundas de prolene de 4/0 a la región cigomática más superior, con anclaje firme a periostio. Se colocan suturas tensoras del orbicular lateral y cierre por planos con vycril de 6/0. La incisión cutánea se cierra con

seda de 6/0. El postoperatorio cursa sin complicaciones. Se logra un óptimo posicionamiento del párpado inferior y de los tejidos blandos periorbitarios. Los resultados se mantienen tras 4 meses de la cirugía. El lifting de tercio medio facial es una técnica de gran ayuda para mejorar los resultados de la tira tarsal lateral, ayudando a mejorar el componente vertical marcado y resolver casos con déficit de lámina anterior, es decir, de piel, sin tener que recurrir a injertos o colgajos cutáneos. Los resultados obtenidos en nuestro caso son muy satisfactorios.

CP-07. Pánico ante un carcinoma basocelular: exéresis del 70% de la longitud del párpado inferior y reconstrucción mediante colgajo semicircular de Tenzel

Dra. Laura Jiménez Lasanta, Dra. Rosa Burdeus Gómez

Hospital General San Jorge. Huesca

Presentamos el caso de un varón de 74 años que acude a consulta por una lesión palpebral que cada vez crece más. Clínicamente impresiona de carcinoma basocelular perlado con ulceración superficial, afectando la mitad nasal de su párpado inferior, sin llegar a infiltrar carúncula lagrimal. Se decide la exéresis de la lesión de forma urgente.

Realizamos resección en cuña de espesor completo con márgenes, extirpando aproximadamente un 70% de la longitud palpebral total, con preservación de canaliculo lagrimal inferior. Para la reconstrucción elegimos el colgajo rotacional semicircular de Tenzel obteniendo un óptimo cierre del defecto. Dada la importante laxitud cutánea de nuestro paciente, logramos que no exista tensión en el cierre por planos. A nivel de la cuña tarsal, se sutura primero con vycril 6/0 para un posicionamiento correcto de la placa tarsal inferior y del borde libre palpebral y después el plano cutáneo con seda de 6/0. A nivel del colgajo semicircular se realiza cierre de planos profundos musculares con vycril 4/0 para evitar tracciones internas de los tejidos rotados. Se cierra la piel de la región temporal con seda de 4 y 5/0. Se deja drenaje en la sección más distal de la incisión quirúrgica temporal. Se pauta tratamiento antibiótico y antiinflamatorio oral durante la primera semana. Se retira la sutura cutánea a los 12 días postquirúrgicos. El resultado funcional y estético es totalmente satisfactorio tanto en el postoperatorio inmediato como a los 3 meses de la intervención, sin epifora residual.

CP-08. Exenteración orbitaria en tumor palpebral: cuando es la única opción quirúrgica

Dra. M.ª Dolores Miranda Rollón, Dr. Domingo Giménez Castejón, Dra. Concepción Molero

Izquierdo, Dra. Marta B. Rodríguez Cavas, Dra. Paula Sánchez Hernández,

Dr. Juan J. Haro Luna

HGU Santa Lucía. Cartagena, Murcia

Se presenta caso clínico de paciente que acude a consulta para valoración de tumoración palpebral gigante de rápida evolución.

Se realiza biopsia de la lesión y pruebas de imagen con resultado controvertido.

Tras reunión con comité de tumores de cabeza y cuello de nuestro hospital se decide tratamiento quirúrgico con exenteración orbitaria dada la alta sospecha de adenocarcinoma de glándulas sebáceas. Se realiza exenteración ordinaria ampliada a hueso temporal con reconstrucción mediante colgajo de músculo temporal e injerto de piel pretibial.

Se confirma el diagnóstico histológico en la pieza extirpada.

El paciente presenta buen resultado reconstructivo a los dos años de la cirugía.

CP-09. Angiosarcoma de canto interno: «la punta del iceberg»

Dra. M.ª Dolores Miranda Rollón, Dr. Domingo Giménez Castejón, Dra. Concepción Molero

Izquierdo, Dra. Paula Sánchez Hernández, Dra. Marta B. Rodríguez Cavas

HGU Santa Lucía. Cartagena, Murcia

Paciente remitido a nuestra consulta para extirpación de lesión en canto interno de ojo izquierdo. Se realiza exéresis quirúrgica simple. En el resultado anatomopatológico se diagnostica de angiosarcoma con amplia afectación del límite quirúrgico profundo.

En la resonancia magnetica se demuestra diseminación tumoral a traves de seno cavernoso con metastasis a distancia localizadas en pulmón. Se le trato con quimiorradioterapia de modo paliativo. A pesar del tratamiento, presentó una tórpida evolución de la enfermedad con una neuritis óptica del ojo adelfo y sangrado espontáneo de la lesión con hematoma orbitario severo que requirió drenaje urgente. Se retrató con quimiorradioterapia paliativa. Actualmente el paciente se encuentra estable.

CP-10. Tratamiento quirúrgico del blefarospasmo

Dra. Sybella Muñoz Schiattino, Dr. Rafael Perea Pérez, Dra. Consuelo Spinola Muñoz, Dra. Belén Domínguez García, Dra. Concepción Díaz Ruiz, Dra. María Gessa Sorroche
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

La toxina botulínica es la principal opción terapéutica de las distonias faciales. Sin embargo, existen pacientes refractarios o en los que ésta terapia es insuficiente, siendo necesaria la resolución quirúrgica. Describimos el caso de una paciente con distonia oromandibular de Meige, refractaria a toxina botulínica que fue sometida a miectomía de músculos palpebrales, de forma radial externa superior e inferior. Se enseñan los excelentes resultados quirúrgicos a la semana y al mes y a los 2 meses de evolución.

CP-11. Reconstrucción completa de parpado superior: ¿qué técnica utilizar?

Dra. Sybella Muñoz Schiattino, Dr. Rafael Perea Pérez, Dra. Belén Domínguez García, Dra. Consuelo Spinola Muñoz, Dra. Concepción Díaz Ruiz, Dra. María Gessa Sorroche
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

La reconstrucción de defectos extensos, de más del 50% de espesor completo de parpado superior plantean un desafío quirúrgico, tanto por la necesidad de resultados estéticos como funcionales. Las opciones son reducidas y generalmente en dos tiempos quirúrgicos.

Presentamos el caso una reconstrucción de parpado superior de defecto completo basado en la rotación del parpado inferior de Mustarde asociado a Z plastias. En un segundo tiempo (6 semanas) se realizó el corte del puente palpebral sin complicaciones y excelentes resultados funcionales.

CP-12. Papiloma conjuntival recurrente: cirugía combinada con crioterapia, membrana amniótica e interferón, a propósito de un caso

Dr. Javier Ráez Balbastre, Dr. Alberto Escudero Villanueva, Dr. Ignacio Tapias Elías, Dra. Ana M.ª Angulo Granadilla
Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Caso clínico y búsqueda bibliográfica. El papiloma conjuntival es una tumoración benigna inducida por virus que puede afectar a pacientes de cualquier edad. El tratamiento habitual es la resección quirúrgica. No es raro que en ocasiones estas lesiones recidiven, pudiendo emplearse de manera coadyuvante técnicas como crioterapia o fármacos antivirales.

Presentamos el caso de un paciente que acudió a nuestra consulta tras presentar recidiva de una lesión de aspecto papilomatosa que ocupa casi la mitad del tarso superior y que había sido intervenida anteriormente en otro centro. Tras excisión quirúrgica acompañada de crioterapia, la lesión vuelve a recidivar por lo que decidimos aplicar interferón, con mejoría sólo parcial de la tumoración.

Finalmente, se procedió a una tercera cirugía en la que se combinaron una amplia excisión, crioterapia, recubrimiento de membrana amniótica e interferón tópic. Un año y medio después no se ha constatado recidiva de la lesión.

CP-13. Luxación del globo: a propósito de un caso

*Dra. Sara Rodríguez Prado, Dra. Beatriz de la Roza Varela, Dra. Ana Machín Mahave,
Dra. Ana Díez del Corral Belda*

Hospital Sierrallana. Torrelavega, Cantabria

Presentamos el caso de un paciente con episodios de repetición de luxación ocular con el esfuerzo. Presenta SOAS como factor predisponente. Le colocamos un injerto de esclera a modo de espaciador en párpado inferior asociado a tarsorrafia y extirpación de hernia grasa en un lado. El globo contralateral sufrió un estallido ocular en un episodio de luxación y tuvo que ser eviscerado. La luxación del globo es un fenómeno raro que afecta psicológicamente y puede poner en peligro el ojo. Como factores de riesgo encontramos la laxitud de tejidos y órbitas de pequeño tamaño. Hemos encontrado poca bibliografía acerca de técnicas y resultados. En este caso al disminuir la hendidura palpebral evitamos la luxación del globo.

CP-14. Tumoración recidivante en párpado superior izquierdo en el contexto de un síndrome de POEMS

*Dra. Carmen G. Rubio Rodríguez, Dr. José L. Delgado Miranda, Dra. Bárbara Acosta Acosta,
Dr. Ruymán Rodríguez Gil, Dra. Dayra Hernández Marrero*

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Análisis retrospectivo de la historia clínica de un paciente varón de 68 años, evaluado en nuestro servicio por tumoración en párpado superior izquierdo, que tras ser intervenido mediante exéresis con reconstrucción palpebral mediante colgajo frontal e injerto con cartílago auricular, fue diagnosticado de carcinoma espinocelular. En 2013 sufrió recidiva tumoral en la zona de colgajo, siendo nuevamente intervenido mediante exéresis, obteniéndose hallazgos histológicos de tejido fibroinflamatorio. Dos meses más tarde presentó nueva recidiva tumoral en forma de cuerno cutáneo, que tras ser intervenido mostró características de angioqueratoma. Coincidiendo con este episodio el paciente fue ingresado en Medicina Interna por clínica de fiebre, pérdida de peso y alteración de la marcha de un mes de evolución. Se objetivó fiebre de 38°C, alteraciones cutáneas en forma de telangiectasias y lesiones sobrelevadas y necróticas en extremidades, disminución de la fuerza muscular en miembros inferiores, alteración de la marcha y adenopatías cervicales y supraclaviculares no dolorosas. Se efectuó analítica en la que se apreció una anemia microcítica, y un proteinograma con componente biclonal, por lo que se decidió realizar biopsia de médula ósea, en la que se encontró un 10% de células plasmáticas. En el TAC se halló esplenomegalia y adenopatías cervicales y supraclaviculares, mientras que el estudio neurofisiológico fue concordante con una polineuropatía mixta axonal. Con todos los datos anteriores se diagnosticó de posible Síndrome de POEMS comenzando tratamiento con dosis altas de corticoides. El Síndrome de POEMS es un trastorno multisistémico muy infrecuente (incidencia < 0.3 / 100.000 habitantes). Su nombre deriva del acrónimo correspondiente a la asociación de Polineuropatía (P), Organomegalia (O), Endocrinopatía (E), componente Monoclonal (M) y alteraciones dermatológicas – Skin (S). Su diagnóstico se realiza a partir de la asociación de criterios mayores y menores propuestos por Dispenzieri et al. La patogenia viene determinada por la formación de factores proinflamatorios por las células plasmáticas anómalas, que generan aumento de la permeabilidad vascular y angiogénesis. Entre los tratamientos disponibles están los corticoides, quimioterapia, radioterapia y trasplante autólogo de células madres de sangre periférica. Existen otras opciones de tratamiento a considerar como los fármacos con acción antiangiogénica (como la Talidomina/lenalidomida) y el anticuerpo monoclonal antiVEGF (bevacizumab), este último con resultados contradictorios. Nuestro caso reúne como criterios mayores la polineuropatía y gammapatía (que característicamente fue biclonal), y como criterios menores la presencia de esplenomegalia, adenopatías y trastornos en la piel, con afectación palpebral de forma recidivante. Durante el ingreso se inició tratamiento con corticoides con mejoría del estado febril. Actualmente sigue controles por las consultas de Medicina Interna y Oftalmología sin nueva recidiva tumoral a nivel palpebral.

CP-15. Chalacion de evolución tórpida

Dra. Salomé Abenza Baeza, Dr. Álvaro de Casas Fernández

Hospital de Vinalopó. Elche, Alicante

Mujer de 32 años, dependienta de un comercio, que acude en Marzo de 2013 a nuestro servicio de oftalmología tras persistencia de chalacion en párpado superior derecho tras infiltración de triamcinolona intralesional 2 meses antes. Es intervenida mediante apertura de chalacion vía externa y curetaje, con cierre de la piel mediante 2 puntos de seda 6/0. Una semana después de la cirugía acude a urgencias por inflamación dolorosa y progresiva del párpado superior derecho y es derivada a la sección de oculoplástica. A la exploración se observa edema y eritema pretarsal con empastamiento del párpado pero sin supuración de la herida quirúrgica y resto de la exploración oftalmológica normal. Se decide eliminar la sutura, suspender el tratamiento tóxico antibiótico-corticoideo (pomada De ICol) y se pauta tratamiento con antibiótico de amplio espectro (Augmentine 2 gr cada 12 horas) y analgésico-antiinflamatorio (Ibuprofeno cada 8 horas) vía oral. Se deriva a la paciente al servicio de Alergología para descartar reacción alérgica a la pomada De Icol, que resulta negativo.

Ante el empeoramiento del cuadro con aparición de múltiples abscesos a nivel pretarsal se añade Dacortin vía oral en pauta descendente. A la semana de dicho tratamiento se observa ligera mejoría de la inflamación pero aparición de dos orzuelos activos que protruyen a través de la piel del párpado, se toma muestra de cultivo y se añade tratamiento corticoideo tópico cada 6 horas (Pomada de dexametasona).

El resultado del cultivo resulta un Staphylococcupidermidis resistente a Penicilina, Tobramicina, Clindamicina, Eritromicina y Acido Fusidico, siendo sensible a Levofloxacino, Vancomicina y Linezolid, por lo que se decide cambio de tratamiento antibiótico a Levofloxacino 500 mg/12 horas y pomadas Dexametasona y Oftecilox cada 8 horas.

Ante la persistencia de la inflamación se cambia a Linezolid cada 12 horas vía oral y se realiza Resonancia Magnética (RMN) orbitaria donde se aprecia una pequeña colección que realza con contraste bajo la glándula lagrimal derecha, de 11x5 mm de longitud, por lo que se plantea desbridamiento quirúrgico de la herida. Bajo anestesia peribulbar y sedación se procede al drenaje de los múltiples chalacion y del absceso orbitario, con extirpación de la totalidad del músculo orbicular pretarsal que se envía a Anatomía Patológica, concluyendo una inflamación granulomatosa no necrotizante. A los pocos días de la cirugía y manteniendo el tratamiento antibiótico y corticoideo vía oral, la paciente muestra clara mejoría y normalización de la piel del párpado meses después. Los orzuelos y chalacion son un motivo de consulta muy frecuente en la práctica clínica diaria y en la mayoría de las ocasiones su tratamiento con medidas conservadoras resulta eficaz. Una diseminación de los gérmenes propios de la flora palpebral o del orzuelo activo a través del lugar de la inyección, ya sea por la triamcinolona o durante la propia cirugía de drenaje, puede generar graves infecciones con extensión a regiones adyacentes difíciles de erradicar.

En ocasiones, estas infecciones puede desembocar en una alteración estética grave que resulta invalidante para el paciente, sobre todo en trabajos que precisan estar de cara al público.

CP-16. Reconstrucción de canto interno tras exéresis de recidiva local de epiteloma basocelular «aprovechando» cicatriz previa de cirugía plástica

Dra. M.ª Dolores Álvarez Díaz, Dra. Begoña de Domingo Barón,

Dra. Stephanie Romeo Villadóniga, Dr. Miguel Ferreira Táboas

CHUF. Ferrol, La Coruña

Paciente enviada para seguimiento a la unidad de dermatología de nuestro hospital tras ser operada en otro centro por el servicio de cirugía plástica de carcinoma basocelular de canto interno de ojo derecho y carcinoma epidermoide, bien diferenciado en región frontal.

Un año después de la cirugía, se observa en la región superior del injerto, cercana al canto interno, una zona papulosa y costrosa de unos 3-4 mm, altamente sugestiva de recidiva tumoral. Tras realizar biopsia, se envía un cilindro cutáneo al servicio de anatomía patológica, donde se confirma la sospecha clínica de EPITELIOMA BASOCELULAR de patrón expansivo, por lo que se solicita una RMN de órbita para descartar invasión, no objetivándose en la misma invasión de estructuras orbitarias.

Se realiza intervención conjunta entre dermatología y oftalmología, bajo anestesia local y sedación de la paciente, para exéresis de la tumoración completa y reconstrucción del canto interno utilizando la misma

cicatriz realizada por los cirujanos plásticos para conseguir un mejor resultado estético en la paciente. El manejo conjunto y multidisciplinar de las distintas patologías permite a los pacientes beneficiarse del conocimiento clínico y de las habilidades quirúrgicas de los profesionales sanitarios.

CP-17. Reconstrucción de párpado inferior con técnica de Huges y avance inferior

Dra. M.ª Antonia Ardanaz Aldabe, Dra. Alicia Zubieta Garcandía, Dra. Andresa Teres

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona, Navarra

Mujer de 84 años que acude a consulta con lesión exofítica ulcerada de aproximadamente 1 cm de tamaño en borde palpebral inferior de ojo derecho.

El estudio de anatomía patológica reveló un carcinoma basocelular.

Realizamos excisión en cuña y técnica de Huges para reconstrucción del borde palpebral inferior. El defecto cutáneo se suple con un avance inferior. La recuperación funcional y estética del párpado inferior ha sido excelente.

CP-18. La regla de las dos semanas en oncología en el National Health System: consiguiendo el objetivo pero no el propósito

Dra. M.ª Rosa Bonilla Quijada, Dr. Vijay Wagh, Dra. Claire Daniel, Dra. Michelle Beaconsfield, Dr. Richard Collin

Moorfields Eye Hospital. Londres, Reino Unido

En el año 2000 se implantó en Reino Unido la vía de derivación de las 2 semanas de espera para cánceres (two week wait referral pathway). Bajo esta directriz, los hospitales tienen un plazo de 2 semanas para que los pacientes derivados desde el médico de cabecera sean vistos por el especialista. Se implantó con el objetivo de disminuir el tiempo de espera y mejorar las tasas de supervivencia de los pacientes con sospecha de cáncer. Sin embargo, la normativa ha despertado suspicacias desde su implantación con respecto a el verdadero efecto de ésta. En este contexto, realizamos una revisión retrospectiva de los pacientes visitados en nuestro departamento de oculoplástica bajo esta vía de derivación para determinar si se ha conseguido el objetivo en cuanto a tiempos de espera y la precisión diagnóstica de las derivaciones.

Revisión retrospectiva de historias clínicas de 32 pacientes derivados por su médico de cabecera al departamento de oculoplástica del Moorfields Eye Hospital de Londres de Marzo de 2012 a Febrero de 2014. Se registró la fecha de derivación, fecha de la visita en oftalmología y diagnóstico final. La media de tiempo de espera fue de 8,6 días (rango 2-14, DS: 2,9) con el objetivo de menos de 2 semanas de espera conseguido en el 100% de los casos. De los 32 pacientes sólo 5 (15,6%) fueron diagnosticados de cáncer, 23 (72%) tenían un diagnóstico diferente a cáncer, 3 (9,4%) estaban aún bajo estudio a la finalización del estudio y 1 (3,1%) no atendió a la visita. La patología que más frecuente se diagnosticó de forma errónea entre los 28 casos que tenían un diagnóstico definitivo fueron orzuelo en el contexto de blefaritis y papiloma (42,8% en total) que se resolvieron adecuadamente tras tratamiento.

Aunque nuestra unidad de oncología oculoplástica está consiguiendo el objetivo de una espera inferior a 2 semanas, hay una clara falta de correcta orientación diagnóstica en las derivaciones de los médicos de cabecera. A pesar de que esto puede estar relacionado con una mala utilización de esta vía para que los pacientes sean visitados con más premura más que con una falta de conocimiento de los médicos de cabecera, proponemos la organización de cursos de actualización con el objetivo de mejorar el reconocimiento de los signos de alarma relacionados con malignidad.

CP-19. Corrección de ectropión cicatricial de párpado inferior con colgajo rotacional de Fricke

Dra. Marta Calsina Prat, Dra. Yasmin A. Cartagena Guardado, Dra. Ana Martínez Palmer

Servicio de Oftalmología, Hospital de L'Esperança, Consorci Parc de Salut Mar. Barcelona

Los defectos de la unión palpebro malar representan un reto reconstructivo básicamente por la susceptibilidad a la ectropinización del párpado inferior. Para minimizar la tensión inferior localizada en el margen palpebral

y para reconstruir los defectos de la zona palpebromalar clásicamente se han usado las técnicas colgajo de avance y rotación de la zona cerviofacial popularizada por Mustardé.

En los casos en los que se desarrolla un ectropion cicatricial secundario a un colgajo sin rotación de la zona malar, el colgajo de Fricke es una técnica reconstructiva a tener en cuenta.

Presentamos un caso de ectropión cicatricial secundario a tracción, tensión y ciatrización inferior secundaria a reconstrucción palpebral con colgajo de avance superior de mejilla sin rotación en un paciente con traumatismo palpebral.

Hombre de 47 años que presenta ectropión cicatricial de canto medial a canto lateral posterior a la confección de un colgajo de avance superior de la zona malar izquierda realizado en otro centro, por presentar un trauma contuso facial con ruptura de lamela anterior y media además de pérdida de tejido subcutáneo del 80% de la región palpebro malar.

Debido al compromiso del globo ocular y a la pérdida de tejidos de lamela media y paquetes grasos se decidió realizar la reconstrucción quirúrgica con un colgajo rotacional de Fricke de la zona temporo frontal (supraciliar) minimizando la tensión inferior en el margen palpebral con autoinjerto de grasa subcutánea abdominal. Cuando planeamos la reconstrucción de defectos de la zona de unión palpebromalar, la susceptibilidad de aparición de ectropinización palpebral debe ser considerada. El riesgo de ectropinización depende de muchas variables, incluyendo la previa laxitud, posición del hueso maxilar en relación a la órbita, profundidad y medida del defecto, tipo de técnica reconstructiva realizada y la utilización de medidas adyuvantes como las suturas de anclaje al periosteo, sutura de Frost o el sistema de anclaje de Mitek.

En el período postoperatorio inmediato, cualquier tracción inferior del párpado inferior es el resultado de la tensión y el edema, a menudo la contracción por cicatrización empeora la condición y por tanto son el resultado de un plan quirúrgico inicial pobre.

Normalmente los injertos libres debido a su contracción y ectropinización secundaria del párpado de 14.2% no suelen ser usados para la reconstrucción palpebral inferior.

La técnica quirúrgica predilecta para la reconstrucción de los defectos de la unión palpebromalar ha sido tradicionalmente los colgajos de rotación-avance cerviofaciales, los cuales avanzan el tejido lateral evitando tracción inferior.

En los casos en los que se debe realizar una reconstrucción por ectropion cicatricial secundario a colgajo de avance malar sin rotación la técnica de Fricke puede ser una técnica quirúrgica muy útil. En esta técnica el colgajo cutáneo se consigue de la región supraciliar rotando el flap hacia el párpado inferior minimizando la tensión en el margen palpebral.

En nuestro paciente además debido a la pérdida de paquetes grasos y tejido subcutáneo se realizó autoinjerto de grasa de la región abdominal.

CP-20. Reacción inflamatoria crónica granulomatosa a material de relleno cosmético

Dra. Itziar Coloma González, Dra. Laura Ruiz García, Dr. Ariel Ceriotta

Hospital Dr. Luis Sánchez Bulnes, Asociación para Evitar la Ceguera en México I.A.P. México

Se presenta el caso clínico de una paciente de 50 años con cuadro inflamatorio tipo celulitis preseptal que presentó mala respuesta a tratamiento médico habitual. Ante lo cual, se decide realizar biopsia incisional con el resultado histopatológico de inflamación crónica granulomatosa tipo reacción a cuerpo extraño tras lo cual la paciente reconoció empleo de sustancias de relleno previo a este cuadro. Los materiales de relleno se han relacionado con diversos efectos adversos entre los que destaca la reacción a cuerpo extraño. El tratamiento consiste en la remoción del producto y/o antiinflamatorios.

CP-21. Imiquimod tópico. Papel adyuvante en el tratamiento del carcinoma basocelular palpebral

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

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Se presenta un caso clínico de carcinoma basocelular superficial extenso en párpado inferior ojo derecho. Se realiza cirugía de resección y reconstrucción (colgajo tripiér) + tratamiento adyuvante del tumor residual

con imiquimod tópico al 5%. El paciente evoluciona satisfactoriamente y no presenta signos de recidiva en las sucesivas revisiones.

CP-22. Quiste epidérmico periocular de evolución torpida

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

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Presentamos un caso clínico de quiste epidérmico palpebral superior en ojo derecho de años de evolución, asintomático, que sufre crecimiento marcado tras exéresis de chalacion en área adyacente. Se lleva a cabo cirugía reparadora y reconstructiva evolucionando favorablemente.

CP-23. Carcinoma de células de Merkel: a propósito de un caso

Dra. Ana T. Cunha Martins, Dra. Elena Miyagi Yonamine, Dra. Grethel Rivas Dangel, Dr. Severiano Campos García

CHUVI Cies. Vigo, Pontevedra

Presentamos el caso de un paciente varón de 78 años quien consulta por tumoración párpado inferior del ojo izquierdo indolora, que refiere que 20 días antes de la cirugía medía 5 mm de diámetro aproximadamente, y crece hasta cuadruplicar su volumen posterior a microtraumatismo (pinchazo con aguja fina por sospecha de lesión quística de contenido líquido).

Como antecedentes personales de interés: DM tipo 2, FA a tto con Sintron, Leucemia Linfática crónica 2001.

Por el antecedente de la toma del anticoagulante, y ante la presentación de dicha lesión, se sospecha de hematoma con necrosis de la tumoración y se decide resección por la exposición de la superficie ocular, con márgenes de sección de 5 mm aproximadamente. Con reconstrucción primaria mediante colgajo de Tenzel. En la Tinción H.E. se observa proliferación infiltrante que ocupa la dermis, con infiltración de planos profundos. A mayor aumento se aprecian células poligonales y redondeadas de núcleos basófilos y escaso citoplasma, cromatina en «sal y pimienta» y frecuentes mitosis.

La inmunohistoquímica muestra tinción débil para sinaptofisina y potente para CK20 con patrón de «bola paranuclear», ambos hallazgos característicos del CCM.

El examen anatómo-patológico demuestra: CCM infiltra espesor total palpebral, ausencia de afectación de márgenes, con invasión vascular. Este paciente tras exéresis y reconstrucción primaria con colgajo cutáneo de Tenzel presenta un buen resultado estético con buena cicatrización a las 3 semanas después de la cirugía como se podrá observar en las fotografías pre y post quirúrgicas.

Es derivado al servicio de oncología, donde realizan estudio de extensión: TAC cráneo, cuello, torax y abdomen: Adenopatías cervicales, supraclaviculares, axilares, mediastínicas, pretraqueales, a nivel abdominal e inguinal e biopsia ganglio centinela compatible con lesión metastásica. En la RM órbita se revela también afectación zona lateral de órbita. Actualmente se encuentra en Radioterapia paliativa.

CP-24. Queratoquiste de localización anómala

Dra. Laura Díez Álvarez, Dra. Ane Pérez Sarriegui, Dra. Ana Albandea Jiménez, Dra. Rosario Carrillo Gijón

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

El queratoquiste es una tumoración poco frecuente, de carácter benigno, compuesto por una pared externa fibrosa rellena de epitelio escamoso estratificado de tipo paraqueratótico. Se trata de una lesión generalmente descrita en la región maxilar con escasos casos publicados en otras localizaciones, sin haberse documentado previamente queratoquistes palpebrales. Su hallazgo y diagnóstico está muy asociado al Síndrome de Gorlin-Goltz. Dicho síndrome es una condición poco frecuente, hereditaria, con expresividad variable, aunque hasta en el 20-40% de los casos se deben a una mutación de novo. Clínicamente se caracteriza por

presentar carcinomas basocelulares múltiples, queratoquistes mandibulares, hoyuelos palmares y plantares, alteraciones esqueléticas y otros defectos del desarrollo.

Presentamos el caso de una paciente mujer de 78 años valorada en nuestro centro por un quiste palpebral de repetición extirpado en 2 ocasiones en los últimos 9 años, habiendo sido diagnosticado de quiste de inclusión epidérmica tras la primera resección y de posible queratoquiste palpebral en la segunda.

La paciente acude nuevamente a consulta por presentar recidiva de la tumoración en párpado superior izquierdo. No presenta otros antecedentes de interés salvo neuralgia del trigémino y artrosis. No antecedentes familiares de Síndrome de Gorlin-Goltz. En la exploración se observa una tumoración bien delimitada, indurada, de 1cm de diámetro, con ligera movilidad lateral pero adherida a planos profundos, sin signos inflamatorios perilesionales. No dolor ni otra clínica asociada. Se realiza nueva extirpación quirúrgica de la lesión, que se encontraba adherida a la superficie tarsal, por lo que fue necesaria su extirpación parcial superficial sin requerir reconstrucción local. El informe de anatomía patológica confirma la compatibilidad de la lesión con queratoquiste por lo que se decide ampliar estudio. Actualmente pendiente de ortopantografía y valoración por Servicio de Cirugía Maxilofacial. El queratoquiste es una entidad poco frecuente, cuya localización habitual es la mandíbula, con muy pocos casos descritos en otras localizaciones. Su diagnóstico suele ser un hallazgo casual en pruebas de imagen por otras causas, siendo necesario descartar su asociación con el síndrome de Gorlin-Goltz. Su tratamiento es quirúrgico, siendo frecuentes las recidivas requiriendo en muchos casos múltiples extirpaciones y reconstrucciones locales.

CP-25. Quiste de cola de ceja atípico: pilomatricoma

Dra. Belén Domínguez García, Dra. Consuelo Spínola Muñoz, Dr. Rafael Perea Pérez, Dra. Sybella Muñoz Schiattino, Dra. Concepción Díaz Ruiz, Dra. María Gessa Sorroche
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Paciente mujer de 47 años, que consulta por tumoración en canto externo de párpado superior de ojo izquierdo de 2 meses de evolución que ha crecido progresivamente.

A la exploración destacaba una lesión de aspecto quístico de 1,5 x 0,7 cm de coloración grisácea azulada, de consistencia gomosa, sin adhesión a planos superficiales o profundos. La agudeza visual, el examen biomicroscópico, la tensión ocular y el fondo de ojo eran normales.

Con el diagnóstico de sospecha de quiste de cola de ceja con infecciones recurrentes, se decide abordaje quirúrgico. Se realiza una resección completa con márgenes libres y cierre simple con sutura por planos. El estudio anatomopatológico determina el diagnóstico de pilomatricoma. El pilomatricoma es un tumor benigno cutáneo poco frecuente que deriva del folículo piloso, siendo la localización facial una de las más frecuentes, soliendo localizarse en zonas de transición entre piel pilosa y lampiña.

En caso de localización en cola de ceja debemos plantear diagnóstico diferencial con el quiste dermoide de cola de ceja.

El tratamiento del pilomatricoma consiste en la simple extirpación quirúrgica de la lesión y habitualmente no se observan recidivas.

CP-26. Conjuntivitis leñosa tras cirugía de retracción palpebral con injerto de esclera donante

Dra. Belén Domínguez García, Dra. Sybella Muñoz Schiattino, Dr. Rafael Perea Pérez, Dra. Consuelo Spínola Muñoz, Dra. María Gessa Sorroche, Dra. M.ª Concepción Díaz Ruiz
Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Presentamos un caso de una paciente con Oftalmopatía distiroidea intervenida de retracción palpebral con trasplante de esclera donante a nivel de párpado inferior ambos ojos.

Tras dicha cirugía se aprecia el desarrollo de membranas conjuntivales bilaterales tanto en párpado superior como inferior.

Tras cultivo conjuntival negativo y ante la falta de respuesta a tratamiento antibiótico se plantea el diagnóstico de conjuntivitis leñosa. Se cursa interconsulta a Hematología para Hemograma y determinación de actividad del plasminógeno que resulta estar disminuida (25%). Como tratamiento se sigue la siguiente escala terapéutica: Gentadexa, Pred-Forte, Ciclosporina 2% y colirio de Heparina sódica al 1%.

En la actualidad la paciente se encuentra en tratamiento con Ciclosporina, colirio de Heparina sódica y suero autólogo. Refiere mejoría de la sintomatología aunque las membranas persisten.
En espera de valoración por Hematología para planteamiento de tratamiento sistémico.

CP-27. Diagnóstico de linfoma no Hodgkin sistémico en paciente con lesión conjuntival

Dra. Belén Domínguez García, Dra. Beatriz Pérez Morenilla, Dra. Sybella Muñoz Schiattino, Dra. Consuelo Spínola Muñoz, Dr. Rafael Perea Pérez, Dra. María Gessa Sorroche, Dra. Beatriz Pérez Morenilla, Dra. Teresa Laborda Guirao

Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Casi todas las proliferaciones linfoides que afectan al globo ocular son Linfomas no Hodgkin de células B. Destacan los linfomas primarios: Linfoma MALT y linfoma ocular primario, y Linfomas Secundarios a una afectación metastásica ocular (puede presentarse como primera manifestación). Dentro de este último grupo se incluye el linfoma difuso de células B.

Presentamos un caso de un paciente con una lesión subconjuntival bulbar sospechosa que se somete a cirugía (extirpación y crioterapia en bordes).

Se confirma diagnóstico anatomopatológico de Linfoma difuso de células grandes. Estudio inmunohistoquímico positivo para CD10, CD20, BCL-2 y CD45, alta tasa mitótica (Ki 67: 75%). Se deriva al paciente a Oncología para valoración. En base a hallazgos sistémicos (adenopatías en cuello, tórax y abdomen) inician tratamiento quimioterápico.

En la actualidad el paciente se encuentra en fase de remisión completa.

CP-28. Reconstrucción del párpado inferior tras cirugía micrográfica de Mohs

Dr. Gianluca Fatti, Dra. Marta Calsina Prat, Dra. Ana Martínez Palmer

Hospital de l'Esperança, Parc de Salut Mar. Barcelona

Se presentan tres casos de tumores palpebrales que afectan a más de la mitad de párpado inferior y las diferentes técnicas quirúrgicas empleadas para conseguir la reconstrucción funcional y estética palpebral.

Caso 1: Hombre de 37 años de edad diagnosticado de infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) hace dos años, con tumoración en tercio lateral de párpado inferior de ojo derecho, de meses de evolución, responsable de ectropión mecánico. Sin cambios visuales. La lesión de 20 x 18 x 14 mm, se presentaba de morfología esférica, consistencia carnosa y coloración violacea no uniforme. El paciente fue referido al servicio de cirugía oculoplástica, donde después de estudiar el caso, se realizó escisión de espesor completo de la lesión con técnica de Mohs y cierre con injerto rotación Tenzel. La biopsia evidenció la presencia de una lesión vascular y mediante estudio molecular se indentificó la presencia del virus HHV-8 en la lesión. En la base de estos resultados el paciente fue diagnosticado de sarcoma de Kaposi. El paciente hizo dehiscencia de sutura a causa de su SIDA y se reconstruyó utilizando un colgajo tarsoconjuntival desde el párpado superior (técnica de Hughes). Comprobado el correcto postoperatorio se procedió en un segundo tiempo, al cabo de un mes, a la separación del colgajo, reconstruyendo el párpado superior e inferior.

Caso 2: Mujer de 79 años con deterioro cognitivo senil con tumoración de párpado inferior izquierdo de tres meses de evolución. A la exploración se observa lesión de 26 x 18 x 9 mm, ulcerada, que recubre gran parte del borde palpebral inferior, infiltrando macroscopicamente la piel, canto interno, punto y canaliculo lagrimal, dejando libre el canto lateral. La lesión se extiende verticalmente ocluyendo completamente la pupila. Remitida al servicio de Oculoplástica, se decidió para escisión de la lesión palpebral con técnica de Mohs y reconstrucción de lamela posterior mediante injerto libre de conjuntiva del ojo derecho e injerto de fascia lata homóloga, y de lamela anterior con injerto libre de piel supraclavicular. La biopsia intraoperatoria confirmó la presencia de carcinoma espinocelular y el examen histológico evidenció infiltración tumoral de los márgenes inferior y medial de la pieza intraoperatoria. En la misma sesión quirúrgica se ampliaron los márgenes de resección antes de proceder la reconstrucción. Empleando esta más elaborada y no convencional combinación de técnicas quirúrgicas se consiguió reconstruir el párpado inferior en una sola sesión quirúrgica, evitando someter a la paciente una segunda anestesia general.

Caso 3: Hombre de 75 años diagnosticado por el servicio de Dermatología de un carcinoma basocelular en párpado inferior de ojo izquierdo hace 5 años, del cual no se realizó seguimiento al no acudir el paciente a la visitas sucesivas. A la exploración presentaba tumoración de casi toda la longitud del párpado inferior, de consistencia dura, adherida a planos profundos con cambios inflamatorios y ulcerada. El paciente fue remitido al servicio de Oculoplastia donde se decidió proceder a excisión de la lesión con técnica de Mohs y reconstrucción de la lamela posterior mediante un colgajo tarsoconjuntival desde el párpado superior (técnica de Hughes) y la lamela palpebral anterior con injerto cutáneo piel supraclavicular izquierda. La biopsia intraoperatoria identificó la afectación por células tumorales del margen lateral de la pieza intraoperatoria. Se procedió a ampliación de la resección y reconstrucción sucesiva. Comprobado el correcto postoperatorio se procedió en un segundo tiempo, al cabo de un mes, a la separación del colgajo, reconstruyendo el párpado superior e inferior. Los párpados son estructuras esenciales en el mantenimiento de la integridad de la superficie ocular, tanto por su función protectora directa como por la de distribución de la película lagrimal. En el tratamiento quirúrgico de la patología tumoral palpebral, la resección completa del tumor junto a una reconstrucción que preserve la funcionalidad palpebral son fundamentales.

En los defectos de espesor completo que afectan a menos de una tercera parte del párpado inferior está indicada la reconstrucción mediante cierre directo asociado a cantólisis en caso de insuficiente laxitud de la piel. Si a pesar de la cantolisis sigue existiendo tensión excesiva a lo largo de la longitud horizontal, y para defectos de hasta el 50% del párpado se puede utilizar además de lo descrito un colgajo semicircular de Tenzel. En los grandes defectos que afectan a más de la mitad del párpado están indicados diferentes tipos de colgajos: colgajo tarso-conjuntival puente desde el párpado superior (técnica de Hughes), colgajo de avance semi-rotacional de la mejilla sobre un injerto condro-mucoso o tarso-conjuntival (técnica de Mustardé), colgajo de torsión (técnica de Fricke). La cirugía micrográfica de Mohs, cuando indicada, aporta evidentes ventajas porque incrementa la probabilidad de escisión completa sin el sacrificio de tejidos sanos no comprometidos por el tumor. En los casos presentados, esta técnica ha permitido identificar infiltración microscópica de los márgenes de resección permitiendo ampliar la escisión únicamente en los márgenes afectados, ahorrando tejido sano.

En conclusión, la reconstrucción de los defectos del párpado inferior por afectación tumoral del mismo puede representar un desafío para el cirujano. Siempre se necesita una correcta evaluación preoperatoria para elegir la técnica quirúrgica más apropiada y conseguir resultados funcionales y estéticos satisfactorios en todos los casos.

CP-29. Factores a considerar en la reconstrucción de defectos del párpado superior. A propósito de 2 casos

Dr. Óscar Felguera García, Dr. Sergi Miserachs García, Dr. Miguel A. Alonso Huguet, Dr. Joan Pujol Balcells

Hospital Plató. Barcelona

Se presenta 1 caso de un tumor de párpado superior en paciente con ambliopía severa en el mismo ojo. El tumor ocupa más de la mitad del párpado superior, por lo que se plantea hacer reconstrucción con colgajo de avance de párpado inferior de espesor completo (Cutler-Beard). Intraoperatoriamente, tras la exéresis del tumor, se observa buena aproximación de los márgenes quirúrgicos a pesar del gran defecto residual. Este hecho hace que se opte por realizar una técnica más sencilla, tal como un colgajo semicircular.

El segundo caso se trata de un paciente afecto de una lesión palpebral tipo cuerno cutáneo, cuya base mostraba una tumoración con telangiectasias y madarosis del borde palpebral. La lesión ocupa más de un 1/3 del párpado inferior. Se plantea quitar el tumor y reconstruirlo con un colgajo semicircular de Tenzel. Durante el acto quirúrgico, la laxitud palpebral permite realizar el cierre con una cantolisis. La técnica quirúrgica de la reconstrucción palpebral depende principalmente del tamaño del defecto a corregir. Es ampliamente aceptada la escala en reparación de los defectos del párpado superior. En aquellos casos en los cuales tenemos una ausencia de más del 50% del párpado superior se recomienda, entre otras técnicas, la corrección con un injerto tarsoconjuntival y colgajo cutáneo o la técnica descrita por Cutler-Beard. No obstante, otros factores, como la laxitud palpebral o la proyección axial del ojo, pueden hacer que nuestra opción terapéutica sea más sencilla o más compleja.

CP-30. Reparación o avance de la aponeurosis en cirugía de ptosis palpebral.**Simplificando la cirugía de la ptosis***Dr. Óscar Felguera García, Dr. Sergi Miserachs García, Dr. Joan Pujol Balcells, Dr. Miguel A.**Alonso Huguet*

Hospital Plató. Barcelona

Se analizaron 43 ojos de 33 pacientes intervenidos por primera vez de ptosis palpebral. Todos los pacientes fueron tratados con avance de la aponeurosis. No se realizó disección y resección de ésta. Se avanzó según la regla básica 5 mm de aponeurosis por mm de ascenso deseado. No se hizo comprobación intraoperatoria de la altura palpebral. Se trataba de pacientes con buena función del músculo elevador palpebral. Se tomó fotografía y se midió la posición palpebral antes y después de unas semanas de la corrección. La media de milímetros que ascendió el párpado superior fue de 2,05 mm. Todos los pacientes menos uno mejoraron de su patología. Hubo un 16,28% de hipocorrecciones. No hubo hipercorrecciones.

La cirugía del «párpado caído» puede ser compleja. Si bien un proceso quirúrgico con control de altura intraoperatorio sería lo aconsejado, no es posible realizarla en muchas ocasiones. Sin verificación del ascenso y sin resección de la aponeurosis en la intervención podemos conseguir buenos resultados utilizando una técnica sencilla y predecible.

CP-31. Pseudoptosis palpebral por hipoglobo, secundario a tumor de techo orbitario*Dra. Estrella Fernández, Dr. José Cardemil, Dra. Ania Leszczynska, Dr. Santiago Ortiz,**Dr. Miguel González, Dr. Fabián Farias, Dra. Meilin Chang*

Hospital Clinic, ICR. Barcelona

La ptosis palpebral es la posición baja anormal del párpado superior. Pseudoptosis es la falsa impresión de una verdadera ptosis. Entre las causas principales de la última encontramos falta de soporte de los párpados por un déficit de volumen del globo ocular, retracción del párpado superior contralateral, hipotropía ipsilateral, ptosis de la ceja ipsilateral, dermatochalasia.

Mujer de 65 años sin antecedentes de interés que consultó por ptosis del OI de 4 meses de evolución. No había afectación, diplopía u otros síntomas. Movimientos extra oculares conservados; pupilas isocóricas normoreactivas; apertura palpebral de 10/10mm, DRM1 5/5mm, función de músculo elevador del párpado 14/14mm, exoftalmometría Hertel (100) 12/14mm. Encontramos distopia inferior orbitaria que provocaba la pseudoptosis con masa indurada bajo reborde orbitario superior. Se realizó TAC de órbita, encontrando lesión expansiva de aspecto benigno del techo orbitario izquierdo que condiciona una depresión del techo y una mínima proptosis del globo ocular izquierdo. Podría corresponder a un hemangioma o una displasia fibrosa. Globo ocular y anexos no comprometidos. RNM órbita: Tumoración expansiva en calota craneal frontal izquierda 42x21x46mm que desplaza el techo orbitario inferiormente. Los hallazgos orientan hacia un hemangioma intraóseo.

Después de 4 años de control no se han encontrado diferencias en cuanto a los síntomas, examen físico ni estudios de imágenes hasta la fecha. Se mantiene una conducta expectante. Presentamos el caso de tumor óseo frontal (hemangioma del techo orbitario) que debutó con pseudoptosis, observamos hipoglobo con mínima proptosis izquierda. La masa se ha mantenido estable durante los últimos 4 años, y sin alteraciones de la calidad de vida la paciente.

El manejo de la paciente ha sido conservador, con controles periódicos de parámetros oculares y de imágenes. No encontramos descritos en la literatura otros casos clínicos de una pseudo-ptosis por hipoglobo ocular.

CP-32. Injertos cutáneos autólogos y alteraciones corneales en ictiosis lamelar en 20 años*Dra. Alicia Galindo Ferreiro, Dr. Saif Dosari, Dra. Sara Toledo, Dra. Patricia Mitiko Akaishi,**Dr. Augusto Velasco E. Cruz, Dra. Sheila de Paula Cecchetti, Dr. Julio Galindo Alonso*

King Khaled Eye Specialist Hospital. Riyadh, Arabia Saudi

Estudiar las características demográficas, afectación palpebral, área donante, complicaciones de los injertos/ área donante y alteraciones corneales de 14 pacientes con ictiosis lamelar (IL), desde el año 1994 a 2014

en 2 hospitales de tercer nivel. Se estudiaron los datos de 14 pacientes con una edad media de 89.8 meses (6-373.5), 9 (64%) hombres y 5 (36%) mujeres. Con un tiempo medio de seguimiento de 50.8 meses (0-1378.1).

Todos los pacientes tenían ectropión de los 4 párpados, pero no todos necesitaron cirugía. En 3 no se hizo cirugía, en 3 hubo que reintervenir. De las 14 cirugías, 7 fue en párpados superiores, 3 párpados superiores, y en 3 pacientes los 4 párpados. Las reintervenciones fueron en 2 ocasiones en 4 párpados ya operados y la otra en los inferiores. El área donante fue en 7 (47%) casos supraclavicular, en 2 (13%) retroauricular, 3 (20%) axila, 1 (7%) de cuello lateral y 2 (13%) combinado (prepecio+axila, supraclavicular+axila). Respecto a las complicaciones quirúrgicas de las 14 cirugías, tuvimos precoces (<24h) en 1 (6%) paciente con hematoma de la zona receptora y 1 (6%) dehiscencia del área donante supraclavicular, después de 2 semanas poscirugía tuvimos 2 (33%) necrosis del injerto, después de 2 semanas se obtuvieron 5 (35.7%) recurrencias.

Si atendemos a la afectación corneal obtuvimos que los 14 tenían queratitis punteada, 1 (8%) perforación y 3 (23%) úlceras. La media del lagofaltos fue de 3.4mm (± 1.8) (1-7).

La IL es una enfermedad congénita de la piel con hiperqueratinización que suele afectar a los párpados produciendo un ectropión cicatricial por retracción de la lamela anterior. Una cirugía con injertos de piel espesor completos autólogos mejora transitoriamente el ectropión y por lo tanto la exposición corneal. Multitud de áreas donantes pueden dar un buen resultado quirúrgico a pesar de que este injerto también este afecto de enfermedad.

Cabe decir que los pacientes con úlceras corneales o perforación eran menores de 12 meses. Por lo que tendríamos que analizar el papel del fenómeno de Bell a esta edad. Seguramente en los demás pacientes este fenómeno protegió la cornea puesto que el parpadeo era mínimo.

CP-33. Alteración campimétrica por ptosis mecánica en un caso de síndrome Schimmelpenning con afectación palpebral

Dr. Miguel A. Garcés Pérez, Dra. M.^a Ángeles Bort Martí, Dr. Ángel Cisneros Lanuza, Dr. Enrique España Gregori, Dr. Paul Andrade Cadena

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

El síndrome de Schimmelpenning-Fuerstein-Mims o síndrome de nevus epidérmicos, es un trastorno neuroectodérmico poco frecuente consistente en la presencia de extensos nevus sebáceos craneofaciales que se distribuyen a lo largo de las líneas de Blaschko, pudiendo asociar anomalías neurológicas, cardíacas y genitourinarias. Las afectaciones oftalmológicas de este síndrome comprenden estrabismos, tumores lipodermoides de conjuntiva y colobomas. Presentamos la historia de un varón de raza negra de 51 años de edad remitido por presentar lesiones cutáneas extensas de aspecto verrucoso afectando a hemifacies derecha y cuero cabelludo, con estricto respeto de la línea media. A nivel palpebral, la lesión afecta a tercio medio del párpado superior, limitando parcialmente su apertura. Se solicita resonancia magnética cerebral, además de ecografía abdominal y cardíaca para descartar lesiones asociadas a este síndrome, resultando todas ellas normales. Se realiza una cirugía reconstructiva palpebral, con biopsia excisional de la lesión y confirmación diagnóstica anatomopatológica de nevus sebáceo de Jadassohn.

CP-34. Manejo anestésico para una cirugía oculoplástica sin sobresaltos

Dr. Antonio M. Garrido Hermosilla, Dra. M.^a Concepción Díaz Ruiz, Dr. Rubén A. Ángeles Figueroa

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

El auge cada vez mayor de la Cirugía Oculoplástica dentro de la Oftalmología hace necesario garantizar un exquisito control anestésico de la misma para obtener unos resultados óptimos.

En el presente trabajo explicamos de un modo sencillo y ameno los aspectos anestésicos más representativos de las diversas intervenciones que realizamos en la Unidad de Oculoplastia del Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla).

Se presentan varios esquemas visuales muy intuitivos en los que se exponen las diferentes técnicas anestésicas empleadas en función del procedimiento oculoplástico realizado, incluyendo asimismo algunas perlas prácticas al respecto. Con este trabajo pretendemos:

- Poner de manifiesto la importancia de poseer unos adecuados conocimientos teórico-prácticos acerca de los diversos métodos anestésicos utilizados en Cirugía Oculoplástica.
- Proporcionar a cualquier oftalmólogo un esquema mental claro de la técnica anestésica más apropiada para cada tipo de procedimiento oculoplástico.
- Evitar posibles complicaciones intra y/o postoperatorias derivadas de una incorrecta elección de la técnica anestésica en este tipo de cirugías.

CP-35. Carcinoma epidermoide de párpado inferior estadio T1N1M0: clínica, diagnóstico y tratamiento

Dra. M.^a Leonor González García, Dra. M.^a de la Paz Galván Carrasco, Dra. Aurora del Estad Cabello

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

El carcinoma epidermoide es un tumor maligno del epitelio con diferenciación celular escamosa. Mayoritariamente se originan en el epitelio cutáneo, siendo su localización conjuntival muy poco frecuente. Presentamos el caso de un varón de 31 años previamente diagnosticado de orzuelo interno en párpado inferior y posteriormente de conjuntivitis leñosa de ojo derecho (OD) de 6 meses de evolución, con progresivo crecimiento de masa dura y bien delimitada en dicha localización y refractario a tratamiento médico tópico con antibióticos y ciclosporina y esteroides orales. Su agudeza visual era de 0.8 en OD. A la exploración presentaba placa querática amelanótica en conjuntiva bulbar inferior a 5 mm de limbo y lesión ocupante de espacio (LOE) en párpado inferior de 29x20x16,6mm de tamaño asociado a adenopatía submandibular derecha de 2 meses de evolución. Mediante Mantoux y radiografía de tórax se descartó coinfección tuberculosa. Se confirmó diagnóstico mediante biopsia intraoperatoria de conjuntiva que mostró metaplasia escamosa. La biopsia de la masa palpebral inferior confirmó la presencia de un carcinoma epidermoide infiltrante (CEI) bien diferenciado en párpado inferior y mediante TAC se verificó extensión a cadenas ganglionares submandibulares derechas (correspondiente a estadio tumoral T1N1M0) y ausencia de metástasis en otros órganos. Se descartó la afectación del globo ocular derecho, extensión intraorbitaria mediante TAC de órbita con contraste intravenoso, coinfección VIH y presencia de lesiones verruciformes asociadas. Se procedió a cirugía radical de tumoración con bordes libres y control anatomopatológico intraoperatorio. Se realizó reconstrucción mediante injerto libre de mucosa yugal para lamela interna y colgajo de rotación de mejilla para lamela externa con reconstrucción de fondos de saco. Se resecionaron 3 ganglios de cadena ganglionar derecha, siendo el primero de ellos positivo para metástasis de carcinoma epidermoide. Tras la exéresis quirúrgica del tumor primario y cadena ganglionar y durante 5 meses de seguimiento, no se ha evidenciado redivida.

Cabe destacar que el CEI de localización palpebral es muchas veces infradiagnosticado y confundido con un orzuelo, chalazión o una conjuntivitis crónica. Por ello hay que considerar su diagnóstico en casos de mala evolución clínica, ya que su identificación y tratamiento precoz proporcionan un mejor pronóstico vital y resultados estéticos.

CP-36. Nuevo mecanismo de aplicación de calor en Meibomitis

Dr. Juan A. Jiménez Velázquez, Dr. Joaquín Fernández Pérez, Dra. Almudena Valero Marcos, Dr. Francisco J. Martínez Peña, Dra. M.^a José Pérez Morales

Hospital Torrecárdenas. Almería

La disfunción de las Glandulas de Meibomio tiene como pilar básico de su tratamiento la aplicación de calor y posterior masaje local. Mediante el calor, fluidificamos las secreciones de estas glándulas y con el masaje facilitamos la liberación de estas.

Con esta finalidad, presentamos una máscara térmica rellena de pepitas de uva, de uso ocular, indicada en la disfunción de las glándulas de Meibomio asociada a blefaritis, chalazión, orzuelo y sequedad ocular. Se trata de ESTILA Meibopatch®, una máscara ergonómica, hipoalergénica y reutilizable que mantiene la temperatura palpebral a 39° C durante más de 10 minutos. Estamos ante una solución efectiva, cómoda y económica para los pacientes con disfunción de Glándulas de Meibomio.

CP-37. Mejora de la cicatrización con geles de silicona

*Dr. Juan A. Jiménez Velázquez, Dr. Joaquín Fernández Pérez, Dra. Almudena Valero Marcos,
Dr. Francisco J. Martínez Peña, Dra. M.ª José Pérez Morales*

Hospital Torrecárdenas. Almería

En los últimos años se vienen aplicando formulaciones de silicona para mejorar el aspecto de las cicatrices resultantes de cirugías, traumas o quemaduras.

Presentamos la aplicación de un gel de silicona (Dermatix), que es ideal para aplicar en la región propia de los oftalmólogos, como es toda la zona periocular. Al ser el producto en gel, llega a todos los puntos de flexión y zonas pilosas, quedando una película totalmente invisible al secar.

La aplicación del producto se inicia tras finalizar el proceso de cicatrización, logrando la mayor efectividad cuando actuamos sobre el periodo de maduración de la cicatriz (Desde 6 meses a un año desde el cierre de la herida).

El mecanismo de acción del gel de silicona no se conoce con exactitud, pero hay diversas hipótesis sobre el tema (la presión localizada mejora la cicatrización, mantenimiento de la humedad, disminución de la tensión en la cicatriz, hipoxia localizada que provoca la disminución de la síntesis de colágeno, protección de los rayos U.V.A y de las infecciones...)

Se aplica cada 12 horas, durante un periodo de al menos 2 meses, siendo algo mas prolongado según el tipo de cicatrices que abordemos y el aspecto final que tengamos como objetivo. El gel de silicona (Dermatix – Laboratorios MEDA) es un tratamiento eficaz en la prevención, reducción y mejoría de las cicatrices, al disminuir los signos y síntomas patológicos asociados a la formación de una cicatriz anormal.

CP-38. Uso de Bimatoprost cosmético

*Dr. Juan A. Jiménez Velázquez, Dr. Joaquín Fernández Pérez, Dra. Almudena Valero Marcos,
Dr. Francisco J. Martínez Peña, Dra. M.ª José Pérez Morales*

Hospital Torrecárdenas. Almería

Las pestañas tienen una gran importancia, no sólo por su función estética, sino que colaboran a una adecuada salud ocular dado que protegen el globo y ayudan por los receptores neuronales que hay en los folículos al parpadeo.

A este nivel encontramos alteraciones en su aspecto y número que van desde la hipotricosis a la madarosis; teniendo distintos tratamientos que pueden ser transitorios (mascarillas, pestañas artificiales) o definitivos (injertos).

Con el objetivo de esta diana, presentamos el tratamiento con Bimatoprost aplicado con una torunda estéril, que ya se encuentra comercializado en algunos países, no siendo así aún en España (pendiente de aprobación para su uso en Europa). El Bimatoprost prolonga la fase anágena del pelo, favoreciendo el crecimiento, melanogénesis y queratinización. Se realiza el tratamiento durante 4 meses y posteriormente una terapia de mantenimiento una vez a la semana, al ser un tratamiento dosis dependiente.

Las complicaciones o efectos adversos no difieren de los que encontramos en el prospecto del Bimatoprost con finalidad antiglaucomatosa (Lumigan) aunque en mucha menor medida ya que con la aplicación en el margen palpebral superior aportamos menos del 5% del volumen total aplicado en una sola gota. Nos encontramos ante un tratamiento, que próximamente estará comercializado en Europa, que es eficaz para la hipotricosis de las pestañas y que mejora el aspecto cosmético-estético de éstas.

CP-39. Blefaroespasmó y Botox: pautas de aplicación

*Dr. Juan A. Jiménez Velázquez, Dr. Joaquín Fernández Pérez, Dra. Almudena Valero Marcos,
Dr. Francisco J. Martínez Peña, Dra. M.ª José Pérez Morales*

Hospital Torrecárdenas. Almería

La toxina botulínica se aplica en el blefaroespasmó para disminuir el espasmó involuntario y crónico.

Presentamos gráficamente el esquema a seguir tanto en la preparación, así como las dosis a administrar cuando aplicamos Toxina Botulínica (en nuestra experiencia, Botox – Allergan).

Aplicamos de modo subcutáneo, aplicando previamente frío local para disminuir las molestias. Se produce disminución del espasmo a partir de la semana y habrá que repetir a los 3-4 meses cuando el efecto de la dosis inicial disminuya.

Dada la mejoría en la calidad de vida de los pacientes, está justificado las aplicaciones sucesivas. La toxina botulínica es un tratamiento seguro y sin efectos secundarios importantes en el blefaroespasma.

CP-40. Reconstrucción de cuatro párpados

Dra. Laura Monje Fernández, Dra. Miriam Camiña Núñez, Dr. Álvaro Toribio García,

Dra. Elena Pérez Díez, Dr. Felipe Costales Mier

Complejo Asistencial Universitario de León. León

Se presenta el caso clínico de un paciente remitido a nuestro servicio tras haber sido alcanzado por una explosión en la mina en la que trabajaba. Sufrió pérdida de sustancia de los párpados superior e inferior de ambos ojos, con gran exposición corneal y quemaduras de la superficie ocular, aunque mantenía íntegros los fondos de saco conjuntivales, tanto superiores como inferiores.

Después de desbridar el tejido necrótico, se realizaron varias cirugías destinadas a la reconstrucción palpebral. Primero, se obtuvo un injerto de pericráneo, que suturado a los remanentes de la aponeurosis del elevador y la fascia cápsulo-palpebral en ambos ojos, permitió reconstruir la lamela posterior de los cuatro párpados. La piel existente en los párpados superiores se desplazó inferiormente hasta recubrir el injerto de pericráneo, suturándola con la piel remanente del párpado inferior. Posteriormente, se procedió a la apertura de las tarsorrafias y en el párpado superior del ojo derecho se colocó un injerto de piel retroauricular. Gracias a estos procedimientos se consiguió un adecuado cierre palpebral que nos permitió derivar al paciente a un centro especializado en superficie ocular para la valoración de la posibilidad de implante de queratoprótesis.

CP-41. Estudio descriptivo sobre el carcinoma basocelular en el párpado

Dr. Markus J. Pfeiffer, Dra. Nuria Pfeiffer Vicéns, Dra. Clara Valor Suárez

Clínica Oftalmológica Herzog Karl Theodor. Munich, Alemania

Se realiza un estudio retrospectivo a través de la revisión de historias clínicas, resultados anatomopatológicos y fotografías de 200 pacientes consecutivos con carcinoma basocelular palpebral intervenidos en la clínica oftalmológica Herzog Karl Theodor de Múnich, Alemania, entre los años 2000 y 2013. En el presente estudio las mujeres se afectan de forma más frecuente. La edad media son los 70 años. La afectación del párpado inferior se presenta en la mitad de los casos siendo especialmente frecuente en el tercio central. El 47% de los carcinomas estudiados afectan al margen palpebral. El diámetro promedio es de 9,2mm. El porcentaje de recidivas tras cirugía con márgenes limpios es del 5%. Estadísticamente se encuentran correlaciones significativas de tal forma que a mayor diámetro de la lesión mayor edad del paciente, los tumores aparecen con mayores tamaños a medida que se alejan de medial y se acercan al margen del párpado.

CP-42. Carcinoma de células de Merkel palpebral. Presentación de un caso clínico-patológico

Dr. Ezequiel Siedi, Dra. M.^a Rosa Bella Cueto, Dr. Manuel Romera, Dra. Esther Gallardo,

Dra. Natalie Gutiérrez, Dr. Rodolfo A. Posadas Caez

Servicio de Oftalmología y Anatomía Patológica del Hospital Parc Tauli. Sabadell, Barcelona

El carcinoma de células de Merkel (CCM) es una neoplasia cutánea de origen neuroendocrino poco frecuente pero de alta agresividad. Presentamos un caso de CCM en un varón de 82 años con una lesión nodular ulcerada de 5 mm en párpado superior izquierdo de un año de evolución, que presento una brusca aceleración de crecimiento, alcanzando 30 X 20 mm en dos meses. Se realizó la extirpación tumoral con margen de seguridad amplio y reconstrucción palpebral. El estudio patológico demostró CCM con patrón trabecular e intermedio y positividad para Citokeratina-20. El estudio de extensión fue negativo y se realizó radioterapia neoadyuvante. El CCM aparece en pacientes ancianos y se relaciona con exposición solar,

inmunosupresión e infección por polyomavirus. El diagnóstico diferencial histopatológico incluye linfoma cutáneo, melanoma anaplásico y metástasis de tumor pulmonar de células pequeñas. Debido a su alta tasa de recurrencia y elevada mortalidad debe realizarse estudio de extensión y radioterapia local.

CP-43. Manejo del entropion cicatricial secundario a cirugía orbitaria transconjuntival

Dr. Juan Soldevilla Cantueso, Dra. M.^a del Carmen Avilés Mora, Dra. M.^a José Pérez Cordobés, Dr. Pedro Naranjo Bonilla, Dr. José M.^a Gallardo Galera

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

El abordaje quirúrgico del suelo orbitario tras una fractura puede ser transcutáneo (subtarsal o subciliar) o transconjuntival. En la actualidad la técnica más utilizada es el abordaje transconjuntival porque facilita un excelente acceso a la órbita, tiene bajo índice de complicaciones y excelentes resultados estéticos. Así mientras el abordaje transcutáneo presenta una incidencia de entropion cicatricial en torno al 30%, la incidencia de entropión tras la vía transconjuntival es del 0,5%.

Mujer de 49 años, diagnosticada de contusión ocular de OS hace dos meses al presentar, hematoma palpebral e hiposfagma temporal tras golpearse accidentalmente con borde del lavabo. A los dos meses consulta en nuestra consulta por hipoglobos y enoftalmos que han ido haciéndose presentes de forma progresiva y limitación de la supraducción en OS con diplopía en supraversiones. La tomografía axial computerizada de órbitas revela fractura con hundimiento de suelo de órbita izquierda con herniación de grasa y músculo recto inferior. Es intervenida de reconstrucción de suelo orbitario izquierdo con malla de titanio por vía transconjuntival, asistida por navegación. A los tres meses presenta entropión con retracción cicatricial de conjuntiva tarsal inferior. Es intervenida mediante injerto de mucosa oral. La progresiva presentación de la clínica en esta paciente nos llevó a plantear un diagnóstico diferencial entre fractura de suelo orbitario y síndrome de seno silente, decantándonos por el primero dado el antecedente de traumatismo orbitario y las imágenes aportadas por la TAC.

Muchos artículos en la literatura comparan el abordaje transconjuntival con el abordaje transcutáneo en la cirugía reparativa del suelo orbitario, recomendando el primero por las ventajas que presenta. Con un manejo cuidadoso de la conjuntiva tarsal se puede evitar la aparición de entropión cicatricial secundario. Cuando éste aparece, el injerto de mucosa oral es una técnica quirúrgica con buenos resultados clínicos donde el margen palpebral es reposicionado con la adición de mucosa oral a la lamela posterior.

CP-44. Síndrome de Blefarofimosis: cambios en la actitud quirúrgica en los últimos diez años

Dra. Olaia Subira González, Dra. Sabina Luna Marine, Dra. Ester Casas Gimeno, Dra. Mariona Vidal Santacana

Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Estudio retrospectivo de pacientes con Síndrome de Blefarofimosis. Se revisaron 13 pacientes, seguidos y tratados quirúrgicamente en el Hospital Sant Joan de Déu, durante los últimos diez años. De los 13 pacientes que se sometieron a tratamiento, 5 eran mujeres y 8 varones. La edad media de los pacientes en el momento de la primera cirugía era de 18, 83 meses.

3 de los pacientes tenía además problemas refractivos y 2 padecían también neuropatía óptica bilateral. El 100% de los pacientes presentaba tortícolis compensatoria con mentón elevado.

Los pacientes de mayor edad, intervenidos hace más de 5 años, fueron sometidos primeramente a una cantoplastia medial en Y bilateral y posteriormente, a una doble suspensión frontal bilateral, con un tiempo medio entre la primera y la segunda cirugía de 18 meses. Mientras que los pacientes intervenidos en los últimos años, fueron sometidos a doble suspensión frontal bilateral, como técnica quirúrgica de primera opción, siendo sólo uno de ellos reintervenido de suspensión frontal unilateral.

Sólo 3 de los 13 pacientes, requirió una tercera cirugía correctora.

Como efectos adversos a la cirugía, 4 de nuestros pacientes presentaron lagofthalmos leve y más del 30% de los pacientes sometidos a cantoplastia medial en Y presentaron cicatrices hipertróficas.

Con esta revisión, planteamos el cambio de actitud quirúrgica practicado en nuestro centro en la última década, anteponiendo una cirugía correctora de la ptosis (doble suspensión frontal) a la cantoplastia medial en Y, y reservando esta técnica quirúrgica como segunda opción sólo en casos excepcionales.

CP-45. Resultados sobre el tratamiento con toxina botulínica en pacientes con retracción palpebral secundaria a orbitopatía asociada al tiroides

Dra. Olaia Subira González, Dr. Àlex Muñoz Blanco, Dra. Helena Brosa Morros, Dra. Maravillas Abia Serrano, Dr. Ferrán Mascaró Zamora

Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Estudio retrospectivo de pacientes con retracción palpebral superior secundaria a orbitopatía asociada al tiroides (OAT) tratados con toxina botulínica tipo A. Se revisaron 14 pacientes, seguidos y tratados en nuestro centro durante un período de tiempo de 4 años (de marzo de 2010 a marzo de 2014).

El protocolo de administración de toxina botulínica tipo A (5Ui) fue pro re nata con visitas de control mensuales. Los criterios de retratamiento fueron la persistencia o mínima mejoría de la retracción y se consideró fracaso del tratamiento si tras un número máximo de 6 inyecciones no se conseguían mejorías en la posición palpebral de forma permanente. De los 14 pacientes que se sometieron a tratamiento, 10 eran mujeres y 4 varones. La edad media de los pacientes era de 44,64 con tiempo medio de tratamiento con toxina botulínica desde el diagnóstico de OAT de 5,8 años.

En los ojos tratados, la posición palpebral pretratamiento fue +4,32 mm y la posición final fue +1,35 mm, obteniendo una disminución media de hendidura palpebral de 2,97 mm ($p < 0,05$). Los pacientes requirieron una media de 2,88 inyecciones para corregir la retracción palpebral, 3 pacientes fueron resistentes al tratamiento con toxina y requirieron de cirugías posteriores. El efecto adverso encontrado más frecuente fue la ptosis completa, presentada hasta en 4 pacientes, pero con resolución completa entre 30 y 60 días.

CP-46. Bandas de silicona: una buena alternativa en el tratamiento de la Blefaroptosis severa

Dra. Sara C. Toledo Lucho, Dr. Eduardo Seco de Guzmán, Dra. Alicia Galindo Ferreiro, Dra. Begoña González Suances, Dra. M.ª Rosa Sanabria Ruiz-Colmenares

Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia

La suspensión del frontal es el tratamiento de elección en la ptosis palpebral moderada-severa (> 3 mm), con mala o nula acción del músculo elevador (< 5 mm), y es la que se emplea con más frecuencia en la ptosis miógena congénita y adquirida (miopatía mitocondrial, miastemia), neurógena (parálisis del III par craneal, síndrome de Horner), postraumática y de cavidad retraída. Se usan tres clases de materiales: autólogo, heterólogo y biomateriales o de síntesis.

Paciente de 52 años, quien acude a consulta por referir disminución de la agudeza visual y «mayor caída de ambos párpados». Como antecedentes patológicos presenta: Miopatía mitocondrial. Al examen oftalmológico presenta oftalmopléjia y ptosis que afecta el área pupilar bilateral. Pliegue párpado superior derecho 6mm e izquierdo 5mm. Función del elevador de ambos ojos cero. Agudeza visual ojo derecho: 0,4 y 0,3 en el izquierdo. Se realiza suspensión del frontal bilateral con bandas de silicona.

En las revisiones post-operatorias se observa evolución satisfactoria de la cirugía y mejoría visual del paciente tras recobrar su eje visual. Las bandas de silicona son un material alternativo, en la suspensión del frontal cuando no contamos con fascia lata que es el gold standar en este tipo de cirugías. El procedimiento con sonda R es fácil, rápido, excelentes resultados funcionales y relativamente escasas complicaciones.

CP-47. Celulitis preseptal bilateral tras cirugía de ptosis congénita unilateral

Dra. María Varela Agra, Dra. Consuelo Prada Sánchez, Dr. José V. Pérez Moreira

Centro Oftalmológico Moreira. Santiago de Compostela, La Coruña

Paciente de tres años intervenida de ptosis congénita, mediante resección del EPS, a las 24 horas presenta gran inflamación, rubor y calor en párpado superior, por lo que se decide pautar antibióticos vía oral. A las 24 horas acude con mucho dolor, celulitis importante que se extiende al frontal y al párpado contralateral, drena contenido purulento entre los puntos de sutura, por lo que se decide realizar drenaje en quirófano. Se realiza ingreso para pautar tratamiento antibiótico endovenoso. (Apoyo fotográfico de la evolución) Necesidad de pautar antibióticos vía oral de forma rutinaria en estos pacientes?

Buena evolución a pesar de la infección.

CP-48. Recubrimiento de membrana amniótica en un caso de carcinoma in situ conjuntival

Dra. Raquel Vergés Pujol

Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus, Tarragona

Hombre de 86 años que consulta por hiperemia y sensación de cuerpo extraño en ojo izquierdo de seis meses de evolución.

A la exploración mostró la presencia de una lesión hiperémica irregular en conjuntiva nasal con posible afectación corneal y una lesión pediculada a conjuntiva tarsal en el párpado superior. La AV era de 0.6 ojo derecho y 0.8 ojo izquierdo.

Se realizó exéresis de la lesión conjuntival junto con toma de muestra tarsal y las biopsias demostraron la presencia de un carcinoma conjuntival in situ.

Ante el diagnóstico anterior, se practica exéresis de tumoración tarsal en bloque, electrocoagulación de la zona e injerto de membrana amniótica sobre el defecto. Durante su evolución, no se muestran recidivas de la enfermedad ni signos de rechazo sobre el injerto. Presentamos un caso de carcinoma in situ conjuntival con afectación a conjuntiva nasal i tarsal del párpado superior del ojo izquierdo en el que se realizó una exéresis de la tumoración tarsal en bloque, electrocoagulación de la zona e injerto de membrana amniótica sobre el defecto. Tal y como está indicado, la membrana amniótica puede utilizarse en la reconstrucción de la superficie conjuntival proporcionando una membrana basal adecuada para una nueva proliferación y diferenciación epitelial; y, reduciendo la inflamación, la neovascularización y la formación de cicatrices.

CP-49. Alteración orbitaria en panarteritis nodosa

Dr. Alberto Escudero Villanueva, Dr. Ignacio Tapias Elías, Dr. Javier Ráez Balbastre,

Dra. Ana M.ª Angulo Granadilla

Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Case Report y Revisión bibliográfica. Se presenta el caso de una paciente con una panarteritis nodosa severa de 25 años de evolución, que acude a la consulta de oftalmología por dolor retroocular, congestión orbitaria y proptosis unilateral. Tras no evidenciarse mejoría tras tratamiento con corticoides, la paciente mejorará con Rituximab (R). La afectación orbitaria en la panarteritis nodosa es muy poco frecuente (según series, hasta el 10% de casos) y en ocasiones, muy limitante por la severidad de su presentación. Los tratamientos inmunomoduladores se presentan como una alternativa eficaz en estos casos graves.

CP-50. Neuralgia de la 1ª rama del V par craneal secundario a pseudotumor esclerosante orbitario

Dra. Sonia Gálvez Carvajal, Dra. Eva C. Ramos Yau, Dra. Laura Frau Aguilera,

Dra. Aurora del Estad, Dra. Ana Muñoz Morales

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

El pseudotumor esclerosante orbitario se manifiesta como una infiltración cicatricial, con efecto masa y signos inflamatorios crónicos progresivos determinados por la fibrosis. Es una rara entidad clinicopatológica, cuyas características en la clínica y en las pruebas de imagen pueden ser similares a las del pseudotumor inflamatorio idiopático. El diagnóstico diferencial es importante porque ambos difieren tanto en su tratamiento como en su pronóstico.

Presentamos el caso de una mujer de 54 años derivada a nuestro servicio por pseudotumor esclerosante orbitario izquierdo, con mala respuesta a los corticosteroides y para valoración de posible tratamiento quirúrgico.

Como antecedentes personales de interés destaca que hace 5 años se le realizó extracción de molar en maxilar superior izquierdo complicándose posteriormente con una sinusitis ipsilateral, dolor a nivel orbitario que se irradia a hemicráneo y proptosis izquierda.

En la exploración oftalmológica se observa induración a la palpación de región orbitaria izquierda, eritema y ptosis palpebral completa, restricción de todos los movimientos oculares. Ojo izquierdo (OI) desplazado

hacia cuadrante inferolateral, ingurgitación de vasos episclerales y conjuntivales en sector nasal. OI amaurotíco. A la funduscopia presenta atrofia óptica.

La paciente presenta además dolor muy intenso de características neurálgicas a nivel de arcada orbitaria superior y primera rama del trigémino que se irradia a hemicráneo izquierdo, en seguimiento por servicio de Neurología, que no cede con el tratamiento médico. La paciente es intervenida de descompresión orbitaria izquierda por vía transcaruncular, presentando una mejoría significativa de la proptosis y ligera mejoría de la cefalea.

La neuralgia del trigémino es una de las posibles complicaciones de un pseudotumor esclerosante orbitario. El pseudotumor esclerosante orbitario es una entidad diferente al pseudotumor inflamatorio, y deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos: en primer lugar, conlleva pérdida de la visión en unos meses tras el inicio de la fibrosis, segundo, se caracteriza por una mala respuesta al tratamiento corticoideo. Se recomienda tratamiento combinado con cirugía, esteroides y radioterapia de forma temprana y agresiva. También se encuentra recogido en la literatura el uso de inmunosupresores como azatioprina y ciclofosfamida.

CP-51. Oftalmoplejía y luxación de globo ocular en paciente con lesión ocupante de espacio intracraneal

Dra. Sonia Gálvez Carvajal, Dra. Eva C. Ramos Yau, Dra. Laura Frau Aguilera, Dra. Aurora del Estad
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Las malformaciones arteriovenosas ocurren cuando las arterias en el cerebro se conectan directamente con las venas cercanas, sin tener los vasos normales (capilares) entre ellas. Se desconoce la causa de la malformación arteriovenosa cerebral (MAV). Varían en tamaño y ubicación en el cerebro suelen comunicarse con la órbita a través del seno cavernoso.

Su incidencia es menor de 1% y, suele estar presente al nacer. Los síntomas pueden presentarse a cualquier edad. Las hemorragias ocurren con más frecuencia en personas de 15 a 20 años, pero también se pueden dar posteriormente en la vida. Algunos pacientes con una MAV también tienen aneurismas cerebrales.

La manifestación clínica oftalmológica de esta entidad es la proptosis pulsátil, con quémosis, edema palpebral y soplo audible. El TC y RM con contraste demuestran múltiples vasos tortuosos con comunicación intracraneal. Paciente masculino de 37 años con dolor orbitario izquierdo, proptosis y oftalmoplejía casi completa. Antecedentes personales de dos cirugías intracraneal la primera por aneurisma de la carótida intracraneal asociada a malformación arteriovenosa (MAV) temporal izquierda en 2008, y la segunda ocasión en 2011 por lesión ocupante de espacio compatible (LOE) con MAV temporal izquierda, asociadas a síndromes comisiales.

Al momento de la exploración presenta agudeza visual de en ojo derecho (OD) de 1 y en ojo izquierdo (OI) de percepción de luz (PL). La biomicroscopia en el OD es normal, y en el OI se aprecia oftalmoplejía con exoftalmos severo, luxación de masa conjuntival temporal superior y, proptosis de glándula lagrimal izquierda. En el fondo de ojo de OI hay excavación papilar completa.

CP-52. Dacrioadenitis esclerosante corticorresistente no asociada a IgG4. Controversias terapéuticas

Dra. Raquel Lapuente Monjas, Dr. Ignacio Genol Saavedra, Dra. Araceli Nogueira Goriba, Dr. Fredy Ruiz Aimituma, Dr. José J. San Román Llorens, Dr. Nicolás Toledano Fernández
Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

Presentamos el caso clínico de una mujer de 52 años que presenta edema blando en párpado superior derecho de una semana de evolución, no doloroso a la palpación inicialmente, presentando un leve aumento de tamaño de la porción palpebral de la glándula lagrimal derecha sin signos inflamatorios.

Tras 10 días con terapia antibiótica y antiinflamatoria no corticoidea por vía oral, la paciente no presenta cambios en la exploración e incluso refiere que comienza a sentir dolor en la región superotemporal de la órbita derecha, por lo que se pide TAC observándose un aumento del tamaño de la glándula lagrimal sin signos radiológicos de malignidad. Se realiza biopsia de la tumoración mediante incisión por pliegue palpebral superior.

El estudio anatomopatológico confirmó la presencia de una dacrioadenitis esclerosante crónica y el examen inmunohistoquímico mostró un número de células plasmáticas IgG4 <10/campo. Se inicia tratamiento con altas dosis de prednisona vía oral que inicialmente mejoró el cuadro clínico pero que no impidió que progresivamente el cuadro de dolor espontáneo en ángulo supero-externo de la órbita se fuera instaurando, sin mostrar cambios radiológicos a los dos meses de tratamiento.

Basándonos en una revisión sistemática de la bibliografía disponible, discutiremos las distintas opciones terapéuticas de las que disponemos actualmente, especialmente la radioterapia, los agentes inmunosupresores y las terapias biológicas. La evaluación de un paciente con sospecha de enfermedad inflamatoria orbitaria debe incluir una cuidadosa historia clínica y examen físico así como pruebas de laboratorio dirigidas y estudio de imagen. La biopsia nos ayudará a llegar en la mayoría de los casos al diagnóstico definitivo permitiendo así establecer un plan terapéutico. En nuestro caso la falta de respuesta a los corticoides nos hace plantear dudas sobre el régimen terapéutico. Diferentes estudios apoyan el uso de terapia inmunosupresora y/o radioterapia en aquellos pacientes no respondedores a corticoides, sin haber un claro consenso en los datos publicados.

CP-53. Hemangioma lobulillar orbitario

Dr. Mario Malmierca Corral, Dr. Enrique Mencía Gutiérrez, Dr. Álvaro Bengoa González, Dra. Silvia Pérez Trigo, Dr. Óscar Toldos González, Dra. Paloma Cano Roviroso, Dr. José L. Torres Peña
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Presentamos el caso de una mujer de 56 años con diagnóstico anatomopatológico de probable tumor papilar mucinoso intraductal desde el año 2010.

Es remitida a nuestro servicio por la obstrucción de la vía lagrimal derecha tras un episodio de dacriocistitis aguda con mucocoele residual. Tras el estudio de la vía lagrimal, se programa una cirugía reglada realizando una dacriocistorrinostomía externa con implante de monoka. Una vez comenzada la cirugía se aprecia que lo que aparentaba ser un mucocoele es en realidad una tumoración de tacto gomoso, rojiza de 2,5 x 1,5 cm., con lobulación de la superficie y que al corte tenía una superficie homogénea, por lo que se procede a su exéresis. Remitimos la pared posterior del saco lagrimal y la tumoración en dos fragmentos. En los resultados anatomopatológicos se nos informa que el saco lagrimal es normal y la descripción de la tumoración se resume como compatible con hemangioma lobulillar (granuloma piógeno).

Se decide también solicitar una tomografía axial computarizada (TAC) facial tras resección de la lesión en la que se aprecian los cambios postquirúrgicos y no presenta infiltración de estructuras orbitarias.

El hemangioma lobulillar es un tumor vasoproliferativo benigno que clásicamente se ha llamado granuloma piógeno, pero su histología ni presenta reacción granulomatosa ni se ha demostrado un claro origen infeccioso. En la literatura se describe una mayor frecuencia de aparición de este tipo de tumores en localizaciones donde los pacientes hayan sufrido un traumatismo de predominio en mujeres con predilección de lesiones peribucales o de la boca.

Está ampliamente descrita en la literatura la asociación del tumor pancreático papilar mucinoso intraductal con otros tumores extrapancreáticos, fundamentalmente gástrico y colorectal que ya han sido descartados en la paciente.

Tras una búsqueda extensa en la literatura publicada, solo hemos encontrado dos casos referidos a localización en la órbita del hemangioma lobulillar pero sin localización en el saco lagrimal y ninguno relacionado con el carcinoma papilar mucinoso de páncreas.

Hemos revisado a la paciente y en estos 6 meses no ha presentado recidiva de la lesión, que de manera global está descrita entre el 2 y el 15% aunque muchos pueden involucionar e incluso desaparecer sin tratamiento, se encuentra bien y además tiene permeable la vía lagrimal desde la retirada del tutor de silicona.

CP-54. Histiocitosis de células de Langerhans orbitaria

Dra. Alicia Muñoz Gallego, Dr. Enrique Mencía Gutiérrez, Dra. Elena del Fresno Valencia, Dra. María Cámara Jurado, Dr. Álvaro Bengoa González, Dra. Esperanza Gutiérrez Díaz
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Se presenta el caso de un varón de 16 años de edad que es remitido a nuestro centro objetivándose una ptosis palpebral de 1,5 mm y un edema pasivo palpebral y orbitario con ligera molestia difusa a la palpación.

El resto de la exploración oftalmológica fue normal. La Tomografía Computerizada (TC) y la Resonancia Magnética (RM) orbitaria mostraron una masa en el tercio posterior del cuadrante temporal superior de órbita derecha que no desplazaba el globo ocular y producía erosión de la pared ósea lateral y superior de 3,5 x 2,5 x 1,5 cm. El resultado del análisis de laboratorio y el estudio de extensión fueron negativos. Se realizó la escisión quirúrgica de la masa con curetaje y cauterización del techo orbitario erosionado.

La biopsia mostró una infiltración difusa formada por una proliferación de células que presentaban citoplasma amplio y levemente eosinófilo y núcleos ovalados con frecuentes lobulaciones, indentaciones y hendiduras («en grano de café») que se acompañaban de un infiltrado inflamatorio mixto. Inmunohistoquímicamente, las células proliferadas expresaban S-100 y CD1a. El diagnóstico definitivo fue de histiocitosis de células de Langerhans (HCL).

Tras 7 años de seguimiento, no se han encontrado signos de recurrencia local ni de extensión sistémica. La HCL es una causa infrecuente de tumor orbitario. La forma más frecuente de manifestación en los anejos oculares es en forma de lesión aislada ósea con una masa asociada en los tejidos blandos, como es nuestro caso. La RM y la TC son fundamentales para el diagnóstico y la extensión de la enfermedad. El tratamiento de lesiones monofocales monosistémicas es quirúrgico. El diagnóstico definitivo es histopatológico e inmunohistoquímico.

El curso de la enfermedad es impredecible, pudiendo producirse desde regresión espontánea hasta la progresión rápida con resultado de muerte, de ahí la importancia del estadiaje de la enfermedad. Es fundamental el seguimiento del paciente al menos hasta 2-3 años tras el tratamiento inicial.

CP-55. Neuritis óptica traumática: mal pronóstico visual

*Dra. Alicia Muñoz Gallego, Dr. Enrique Mencía Gutiérrez, Dra. Beatriz de Lucas Viejo,
Dr. José L. Torres Peña, Dr. Álvaro Bengoa González*

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Se presentan dos casos de Neuritis Óptica Traumática (NOT) que actualmente están en seguimiento en nuestro centro. El primer caso es un varón de 16 años que presenta pérdida brusca de agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD) tras sufrir un atropello con un traumatismo directo en ceja derecha. A la exploración presentaba una herida ciliar derecha que precisó de sutura. La AV del OD fue de movimiento de manos (MM) y se objetivó una abolición del reflejo fotomotor directo y DPAR en el OD. El resto de la exploración oftalmológica fue normal. Se descartó la presencia de lesiones orbitarias mediante la realización de Tomografía Computerizada (TC) orbitaria. El segundo caso es una mujer de 32 años que sufre un atropello con una bicicleta con traumatismo directo en órbita izquierda. Presentaba un hematoma periorbitario marcado, una proptosis de 4 mm y una limitación de las versiones del ojo izquierdo (OI). El reflejo pupilar directo del OI era débil y presentaba DPAR. La AV fue de MM y en el fondo de ojo se objetivó una hemorragia retiniana aislada cercana a papila. Con el TC orbitario se objetivó una fractura de pared lateral y suelo de órbita, así como de pared lateral del seno maxilar y lámina lateral de la apófisis pterigoides izquierda. Ambos pacientes fueron diagnosticados de NOT, iniciándose tratamiento inmediato con metilprednisolona 1 g intravenoso cada 24 horas durante 3 días. El primer paciente presentó 1 mes después una mejoría de la AV del OD (0,2) y del CV, encontrándose una abolición del hemicampo nasal, con conservación parcial del hemicampo temporal. Actualmente, tras 14 meses de seguimiento, la AV y el CV siguen estables, pero presenta una atrofia papilar del OD confirmada con Tomografía de Coherencia Óptica (OCT). En el segundo caso también se realizó una reconstrucción quirúrgica de la fractura. Dos semanas después, la paciente presentaba una motilidad extrínseca del OI normal aunque el resto de la exploración no presentó cambios. Se objetivó mediante CV una abolición casi completa de éste con pérdida difusa de la sensibilidad. Los dos casos presentados nos confirman que la NOT es una entidad que puede aparecer no sólo en casos en los que hay lesiones orbitarias postraumáticas (traumatismo directo), sino que también puede darse en traumatismos periorbitarios sin afectación directa de ninguna estructura orbitaria (traumatismo indirecto, debido a la transmisión ósea de las ondas de choque hacia el canal óptico). Por ello, ante la aparición de pérdida de AV tras un traumatismo orbitario, siempre es necesaria una valoración oftalmológica urgente. El tratamiento de la NOT con megadosis de corticoides es controvertido en la actualidad, ya que se han descrito casos de recuperación visual espontánea.

CP-56. Enfermedad de Erdheim-Chester, afectación pituitaria y orbitaria: a propósito de un caso

Dr. Fredy Ruiz Aimituma, Dr. Nicolás Toledano Fernández, Dra. Araceli Nogueira Goriba, Dr. Ignacio Genol Saavedra, Dra. Raquel Lapuente Monjas, José J. San Román Llorens
Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

Paciente varón de 41 años que acude por pérdida de AV por OI de meses de evolución. Entre sus antecedentes personales destacaba un panhipopituitarismo con déficit de ACTH, GnRH y diabetes insípida. En la exploración oftalmológica se objetivó: AV sc de 1 en OD y de 0.7 en OI, polo anterior normal, la PIO de 16 mmHg AO. Se observó exoftalmos axial del OI de 3 mm. En el FO se comprobó la existencia de un papiledema establecido en AO, con pliegues en el haz papilo-macular del OI. Se solicitó RNM orbitaria, en donde se objetivó la presencia de una masa tumoral intracónica, que desplazaba medialmente el nervio óptico de 29 x 20 x 16 mm de dimensiones, hipointenso en T2, que captaba muy homogéneamente contraste. También se comprobó la existencia de otra tumoración de menor tamaño y de características similares, rodeando la vaina del nervio óptico en el OI. Una campimetría reveló un aumento de la mancha ciega y un escotoma anular periférico en AO.

Ante la sospecha de una histiocitosis, se solicitó RM craneal que demostró masa en tallo hipofisario, que captaba muy homogéneamente contraste y de componente de señal muy homogénea de 8 mm de diámetro. En el TAC de tórax, se observó aumento de densidad de las cabezas humerales y de la médula de los anillos costales, fémures y pelvis. En mediastino posterior, aparecían lesiones pseudonodulares y en pulmón, múltiples imágenes nodulares puntiformes de predominio en lóbulos superiores y medios. En ECO renal, se apreciaron dilatación de los cálices renales. En RM cardíaca, se apreciaron masa en surco A-V derecho con componente inflamatorio, engrosamiento e inflamación del pericardio y de la pared aórtica. Se solicitó gammagrafía con tecnecio-99 que demostró captación en la zona periarticular de los huesos largos. Para la confirmación diagnóstica, se decide biopsia de lesión ósea en tibia proximal que confirmó diagnóstico de histiocitosis no X (tipo Erdheim-Chester).

Dada la afectación sistémica del paciente, se comenzó tratamiento con interferon alfa. El paciente se encuentra estable tras 3 meses de tratamiento, sin disminución, hasta el momento de ninguna de las lesiones descritas con anterioridad.

La enfermedad de Erdheim-Chester es una forma poco frecuente de histiocitosis no Langerhans. Afecta a individuos entre los 50-70 años de edad, sin predominio de sexo. Es frecuente la afectación multiorgánica, debida a infiltración histiocítica, siendo las localizaciones más frecuentes los huesos, SNC, pulmones, riñones, aparato cardiovascular y piel. Se desconoce la etiología, aunque puede ser debida a una hiperintensa respuesta TH1. En el 50% de los casos, aproximadamente, se asocia a una mutación V600E BRAF. El diagnóstico definitivo se basa en la demostración histológica de histiocitos CD68 + y CD1a -. El pronóstico de la enfermedad es incierto, con una supervivencia a los 5 años de un 68%. El interferon-alfa es el tratamiento de primera línea de la enfermedad. Nuestro caso comparte todos los signos de afectación multiorgánica, destacando, por su rareza, debido a la afectación pituitaria y orbitaria, así como a la menor edad de diagnóstico.

CP-57. Carcinoma epidermoide orbitario por extensión perineural

Dr. Ignacio Tapias Elías, Dr. Javier Ráez Balbastre, Dr. Alberto Escudero Villanueva, Dra. Ana M.ª Angulo Granadilla, Dra. Laura Fuertes de la Vega
Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Varón de 73 años que presenta un cuadro de 10 meses de evolución de parestesias y dolor eléctrico en región frontal derecha. En la exploración se aprecia una lesión subcutánea supraciliar de 2 cm bien delimitada y de consistencia sólida junto a edema palpebral y equímosis así como hipoestesia en primera rama del trigémino. La biopsia punch de dermis revela un posible quiste de inclusión epidérmico roto con reacción inflamatoria adyacente a la lesión. El TAC muestra una lesión en órbita superior derecha con dos componentes, uno supraorbitario y otro intraorbitario, sin erosión ósea ni extensión local a senos o intracraneal. La biopsia quirúrgica revela un carcinoma epidermoide diferenciado queratinizante con infiltración perineural focal del componente supraorbitario. Sin evidencia de carcinoma en el estudio convencional e inmunohistoquímico en el componente intraorbitario.

El estudio de extensión es negativo y en el PET-TAC se alcanza un SUV_{max} de 17,8 en la tumoración intraorbitaria.

Se realiza exenteración orbitaria, orbitectomía superior (reborde y techo), resección craneofacial lateral y de duramadre frontal derecha. Actualmente en tratamiento radioterápico. El cuadro clínico, una vez descartado un carcinoma epidermoide metastásico o de extensión local, sugiere como probable diagnóstico etiológico una extensión perineural a la órbita desde una lesión subdérmica (probablemente un quiste de inclusión epidérmico malignizado o un coristoma dérmico superficial o epidérmico). Otras posibilidades menos probables serían la extensión perineural hacia la piel desde un carcinoma epidermoide orbitario primario o por malignización de un quiste dermoide profundo.

Es importante conocer la posibilidad de extensión perineural de los tumores malignos de cabeza y cuello ya que presenta una clínica muy característica y a pesar de ser poco frecuente, empeora el pronóstico.

CP-58. ¿La primera impresión es la que cuenta?

Dra. M.^a Dolores Álvarez Díaz, Dra. Isabel M. Gómez Torrijos, Dra. Begoña de Domingo Barón, Dra. Stephanie Romeo Villadóniga, Dr. Miguel Ferreira Taboas

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, La Coruña

Paciente que acude por urgencias porque talando eucaliptos, sufre un fuerte impacto con una rama que se desprende bruscamente y tras perforar párpado inferior queda alojada en región inferior de órbita izquierda. En el TAC orbitario se observa exoftalmus izquierdo provocado por cuerpo extraño (mal visualizado por ser orgánico) en región inferior de órbita izquierda con presencia de gas y alteración morfológica en el recto inferior. Permanece conservada la morfología del globo ocular salvo ligera irregularidad inferior del mismo. Bajo anestesia general, se procede a la extracción de múltiples fragmentos de madera alojados a nivel de la región inferior de la órbita y a la sutura por planos tanto del párpado inferior izquierdo que presentaba heridas incisas de todo su espesor y posicionado entre la grasa orbitaria, como de la conjuntiva tarsal lacerada. El paciente es dado de alta a la semana de la cirugía, tras recibir el tratamiento intravenoso de antibioticoterapia y antiinflamatorios oportuno, con la siguiente exploración oftalmológica:

Agudeza visual lejana corregida: OI: 1

onometría perkins (mmHg): OI: 16

Biomicroscopía anterior: córnea transparente, mínimo hiposfagma inferior, buena cámara anterior, midriasis media ligeramente reactiva, cristalino transparente. Cicatriz párpado inferior con buen aspecto.

Fondo de ojo: oi: normal.

CP-59. Pilomatrixoma ciliar de rápida evolución

Dra. Almudena Asorey García, Dra. Lucía Perucho González, Dr. Juan A. Troyano Rivas

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Paciente varón de 62 años que acudió al servicio de Urgencias por una tumoración en región ciliar izquierda de 2 semanas de evolución. En la exploración se objetivó la presencia de un tumor móvil rojo-azulado con nódulos blanquecinos y de consistencia dura en región ciliar izquierda. Fue valorado por cirugía general, que consideró conveniente realizar incisión de la lesión, no obteniéndose drenaje alguno.

La lesión evolucionó experimentando un rápido crecimiento, con edema palpebral importante en párpado superior e inferior, sin respuesta a tratamiento antibiótico oral y tópico. Se decidió escisión quirúrgica y estudio anatomopatológico de la lesión.

En el estudio anatomopatológico se hallaron cordones de células epiteliales con células fantasma y granulomas de células gigantes multinucleadas, y sin atipias sugerentes de malignidad, y se diagnosticó de pilomatrixoma. El pilomatrixoma es un tumor anexial cutáneo benigno originado en la matriz del folículo piloso, y que en la región periocular suele originarse en las cejas o en los párpados. Es el tumor más frecuente del folículo piloso, y se presenta como un nódulo solitario dérmico o subcutáneo de color rojo o azulado, de consistencia firme, bien circunscrito y móvil. Aunque es excepcional, se han descrito casos de transformación maligna.

Su diagnóstico clínico es difícil. Debe establecerse el diagnóstico diferencial con quistes dermoides y epidermoides, adenoma o carcinoma sebáceo, xantogranuloma juvenil, hemangioma capilar, chalazión y rabdomiosarcoma.

El diagnóstico anatomopatológico puede realizarse mediante punción-aspiración con aguja fina o biopsia quirúrgica, obteniéndose en proporción variable unas células epitelioideas basófilas y células fantasma o células sombra. El estroma del tumor presenta zonas necróticas y una reacción a cuerpo extraño con células gigantes, y es frecuente que se observen focos de calcificación.

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica, en ocasiones con necesidad de emplear un injerto cutáneo debido al volumen de la lesión.

CP-60. Uso de Rituximab intralesional en el tratamiento del linfoma conjuntival de tipo MALT, a propósito de un caso

Dr. Rodolfo Bolados Ugrinovic, Dr. Óscar Balaguer Solé, Dr. Ramón Medel, Dra. Mireia Garriga, Dr. Tirso Alonso

Hospital Universitario Vall Hebron. Barcelona

Mujer de 80 años de edad con lesión rojiza asintomática, de aspecto asalmonado en zona de fondo de saco inferior y carúncula de ojo izquierdo; de meses de evolución y de un tamaño de 4.5x6.5 cm. Se realiza Biopsia Incisional presentando la pieza infiltración linfoide difusa con citología positiva para CD20 y bcl-6; y negativas para CD10, CD5 y CD23, y un índice de proliferación Ki 67 del 10%, todo ello compatible con Linfoma B de bajo Grado (Linfoma MALT). Se realizó estudio de extensión con TAC y analítica, que resultó negativo. Junto al servicio de Hematología se decide iniciar tratamiento con Rituximab subconjuntival en dosis de 5mg/ml una vez por semana durante 4 semanas. La inyección se realizó en consulta previa anestesia tópica y local con lidocaína al 2%. Ante la buena respuesta experimentada con reducción de la lesión determinada en prueba de imagen, se realizó misma pauta a los dos meses para consolidación del efecto obtenido. La paciente experimentó una clara mejoría posterior al tratamiento con inyecciones de Rituximab subconjuntival semanal. La morbilidad se redujo a la molestia asociada a la inyección y astenia leve en los días posteriores a la administración, que no limitaron las actividades de la vida diaria de la paciente. En casos de Linfoma MALT localizado el tratamiento puede hacerse mediante observación o uso de terapia local. Los Anticuerpos Anti-CD20 usados de forma local constituyen una alternativa terapéutica con buenos resultados en el tratamiento de estos pacientes.

CP-61. Neurofibroma plexiforme ocular sin neurofibromatosis: a propósito de dos casos

Dra. M.^a Rosa Bonilla Quijada, Dra. Adeela Malik, Dra. Sarah Osborne, Dr. Jimmy Uddin

Moorfields Eye Hospital. Londres, Reino Unido

Presentamos dos casos de pacientes adultos con neurofibroma plexiforme histológicamente demostrado por biopsia sin antecedente de neurofibromatosis (NF). Caso 1: Varón de 59 años que acude por engrosamiento del párpado superior izquierdo. Había requerido evisceración previa por ojo ciego doloroso secundario a buftalmos relacionado con glaucoma congénito que acabó en endoftalmitis. En el examen histopatológico del contenido ocular tras evisceración se había hallado un melanoma coroideo no diagnosticado previamente que requirió tratamiento radioterápico. Tras la radioterapia se llevó a cabo resección en cuña palpebral dado que el buftalmos previo había generado laxitud palpebral. La biopsia del párpado engrosado reveló un neurofibroma plexiforme y un nuevo examen del espécimen de evisceración mostró prominencia de células ganglionares en la coroides. Dado que el paciente no tenía historia ni signos de neurofibromatosis, fue derivado para estudio genético. El genetista sugirió que podría representar una forma localizada de NF1 causada por mutación genética en la órbita izquierda. Vale la pena mencionar que la NF ha sido previamente relacionada con la aparición de melanoma de coroides.

Caso 2: Mujer de 54 años que acude por proptosis izquierda notada tras trauma ocular 12 meses antes. La agudeza visual era normal y no presentaba signos de inflamación. La TC y RM mostraron engrosamiento de los músculos extraoculares y la glándula lagrimal, una masa orbitaria que se extendía a través de la fisura orbitaria superior e inferior y una segunda masa en la fosa temporal. Tanto la biopsia de la masa orbitaria como de la glándula lagrimal demostraron la existencia de un neurofibroma plexiforme. La paciente no tenía historia de NF. Al revisar fotos antiguas se objetivó que la proptosis ocular había estado presente durante varios años. La paciente fue derivada para revisión neurológica.

Los neurofibromas plexiformes pueden ser hallados de forma aislada en pacientes sin historia previa de NF.

CP-62. Técnica quirúrgica de la fenestración de la vaina de nervio óptico en el tratamiento de la hipertensión intracranial

Dra. Helena Brosa Morros, Dra. Olaia Subirà González, Dr. Ferrán Mascaró Zamora,

Dra. Maravillas Abia Serrano

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

Revisamos la técnica quirúrgica de la fenestración de la vaina del nervio óptico mediante la orbitotomía transconjuntival medial realizada con ayuda de telulupas quirúrgicas. Presentamos dos casos de papiledema bilateral secundario a hipertensión intracranial (HTIC).

Caso 1: mujer de 36 años con HTIC idiopática de 3 años de evolución, portadora de válvula de derivación ventrículo-peritoneal. Se realizó la fenestración de vaina del nervio óptico izquierdo por recidiva del papiledema.

Caso 2: varón de 56 años con HTIC secundaria a trombosis de senos venosos de 1 mes de evolución con papiledema bilateral y afectación severa de la agudeza visual. Se realizó fenestración de vaina de nervio óptico bilateral como tratamiento primario. Se realizó la fenestración de la vaina del nervio óptico bajo telulupas quirúrgicas en los dos casos comentados, sin incidencias intraoperatorias.

En el primer paciente se mantuvieron las agudezas visuales previas a la intervención y se resolvió el papiledema en ambos ojos. En el segundo paciente mejoró el papiledema en ambos ojos.

La fenestración de la vaina del nervio óptico puede ser útil en el tratamiento del papiledema secundario a HTIC, en especial en aquellos casos refractarios a tratamientos previos y en casos graves con alto riesgo de pérdida irreversible de la agudeza visual.

La complejidad de esta técnica quirúrgica reside principalmente en el riesgo de lesión del nervio óptico y del ganglio ciliar, así como el potencial riesgo de hemorragia retrobulbar. El uso de las telulupas quirúrgicas permite una mayor movilidad del cirujano respecto al uso clásico del microscopio y mejor visualización de las estructuras.

CP-63. Edema palpebral persistente como presentación de mucocele frontal

Dr. Felipe M. Costales Mier, Dra. Elena Pérez Díez, Dr. José A. Toribio García, Dra. Bárbara

Martín Escuer, Dra. Laura Monje Fernández, Dra. Irene Garzo García

Complejo Asistencial Universitario de León. León

Caso Clínico, registro fotográfico de presentación clínica, Tomografía axial computarizada.

Reporte de Caso Clínico, documentación de presentación clínica y diagnóstico diferencial. Varón de 62 años que acude a urgencias por dolor párpado superior y zona periorbitaria izquierda, de más de 10 días de evolución que fue tratado con amoxicilina y ácido clavulánico vía oral por una probable celulitis preseptal. A la exploración presentaba agudeza visual de la unidad en AO y PIO dentro de límites normales. Edema palpebral y palpación de masa en el techo orbitario. Se solicitó TC en el cual se visualizaba una gran masa en seno frontal izquierdo, con pequeña extensión a seno frontal derecho, con protusión hacia el techo de órbita, compatible con gran mucocele frontal izquierdo (5cm diámetro) con expansión intracranial. Es ingresado de urgencia por el servicio de neurocirugía que realizó resección y biopsia de mucocele, con evolución posterior favorable. En revisiones oftalmológicas posteriores mantiene AV de unidad AO y PIO normal, sin alteración de la motilidad extraocular.

Los mucoceles más frecuentes son los etmoidales y frontales que juntos representan el 60 % de los casos de mucoceles de senos paranasales. Son cavidades revestidas por una lámina epitelial y contenido mucoso, con gran capacidad de expansión y erosión ósea. La reacción inflamatoria que afecta al párpado superior puede deberse tanto al mismo proceso inflamatorio del mucocele como al proceso de lisis ósea que se asocia a la invasión que presentan en el techo orbitario e intracranial.

El signo más frecuente de afectación intraorbitaria del mucocele frontal es el exoftalmos. En este caso el edema palpebral de larga evolución que no mejora con tratamiento convencional deberíamos tener en cuenta el mucocele de seno frontal como diagnóstico diferencial.

CP-64. Seguimiento fotográfico de la afectación orbitaria en el Síndrome de Gorham-Stout

Dra. Ana T. Cunha Martins, Dra. Grethel Rivas Dangel, Dra. Elena Miyagi Yonamine, Dra. Rita Blanco Rivas, Dr. Severiano Campos García

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Cies. Vigo, Pontevedra

Hombre de 69 años diagnosticado hace dos años de osteólisis masiva en biopsia de hueso craneal compatible con el Síndrome de Gorham.

Tratándose de una lesión neoplásica constituida por una proliferación de células fusiformes con moderada densidad celular que adopta un patrón estoriforme, constituida por células con marcada hiper cromasia, ligero pleomorfismo, atipia nuclear y frecuentes mitosis. El estroma es mixoide y muestra frecuentes áreas de necrosis.

Se le ha realizado también estudio con técnicas de inmunohistoquímica cuyos resultados han sido: positivo focalmente para CK7; vimentina positivo; bcl-2 positivo en aisladas células; EMA negativo y AE1-AE3 negativo.

Ha sido referenciado al Servicio de Oftalmología y a la exploración en la fase final se objetiva una tumefacción peri orbitaria del lado izquierdo con marcada proptosis, exoftalmos, distopia, restricción de la motilidad ocular, ptosis, incapacidad para abrir los párpados y diplopía binocular. Los reflejos pupilares según conservados y no existía pulsación del globo ocular. La agudeza visual no corregida monocular era de 1/10 en el ojo derecho y de movimiento de manos en el ojo izquierdo. A la biomicroscopía del ojo derecho no se observan alteraciones significativas del polo anterior y en el ojo izquierdo se observa edema palpebral, quemosis e inyección conjuntival, queratoconjuntivitis límbica y ectropión punto lagrimal con cornea central transparente.

En las exploraciones radiológicas orbitarias como TC orbita sin contraste el cual muestra el globo ocular izquierdo desplazado lateralmente pero que conserva la esfericidad, sin signos que sugieran perforación del mismo. Se visualiza también una masa con densidad tejidos blandos que ocupa celdillas etmoidales y hemiseno esfenoidal izquierdos, protruyendo hacia grasa orbitaria izquierda, desplazando el globo ocular izquierdo, y extendiéndose hacia seno frontal ipsilateral. En la Resonancia Nuclear Magnética se observa una pérdida de la estructura ósea a nivel de la escama y la base del hueso frontal, el ala mayor, menor y la apófisis pterigoides del esfenoides, la punta del peñasco, la apófisis cigomática y el maxilar superior en el lado izquierdo. No se acompañando esta pérdida de la estructura ósea de efectos de masa ni de captaciones focales de contraste. En la gammagrafía ósea y SPECT cabeza y cuello (99mTc-DPD) previa se verifica también un aumento de fijación en la región interorbitaria y región posterior de cavidad orbitaria izquierda, región malar superior izquierda y arcada cigomática izquierda.

En base a los hallazgos demostrados por las pruebas de imagen, se confirma la extensión de toda la orbita izquierda por el Síndrome de Gorham con osteólisis afectando al hueso frontal, alas mayor y menor del esfenoides, apófisis pterigoides, arco cigomático y seno maxilar.

La relevancia de este caso está en el registro fotográfico de seguimiento con imágenes del paciente y pruebas de imagen de alta resolución a lo largo del nefasto e impresionante proceso de destrucción ósea orbitaria. Dado la gravedad del estado general de este paciente no se ha realizado la intervención quirúrgica inicialmente programada para cirugía combinada con otorrinolaringología.

Este paciente se encontraba en seguimiento por distintas especialidades debido a sus múltiples antecedentes personales y oncológicos como mixofibrosarcoma de alto grado nasosinusal izquierdo entre otros.

Dada el proceso rápidamente progresivo y la osteólisis extensa este paciente ha terminado de forma fatal con compromiso extra esquelético y de partes blandas a los dos años de la sospecha diagnóstica inicial.

CP-65. Linfoma conjuntival MALT y Helicobacter Pylori: a propósito de un caso

Dr. Gianluca Fatti, Dra. Marta Calsina Prat, Dra. Ana Martínez Palmer

Hospital de l'Esperança, Parc de Salut Mar. Barcelona

Los linfomas de los anexos oculares representan el 2% de los linfomas non-Hodgkin (LNH) y entre el 5% y el 15% de los LNH extranodales. El linfoma B de la zona marginal extranodal de tejido linfoide asociado a mucosas (MALT, mucosa-associated lymphoid tissue) es la neoplasia linfoide primaria más frecuente en la conjuntiva, seguido por el linfoma B difuso de células grandes.

La infección de la mucosa gástrica por *Helicobacter Pylori* (HP) se correlaciona con gastritis, enfermedad ulcerosa, carcinoma gástrico y linfoma MALT. Por contra aún no se ha establecido una clara relación causal entre la infección por HP y el desarrollo de un linfoma MALT extragástrico.

Recientemente, Decaudin et al. demostraron la existencia de una asociación significativa entre la infección gástrica por HP y el linfoma MALT de los anexos oculares, individuando un posible papel etiopatogénico de la infección por HP y la utilidad del diagnóstico y tratamiento de esta infección en pacientes con linfomas. Actualmente las opciones terapéuticas del linfoma MALT de glándula lagrimal incluyen radioterapia, quimioterapia, o combinaciones de las mismas.

Presentamos el caso de un hombre de 68 años de edad diagnosticado de un linfoma conjuntival tipo MALT que mostró una remisión sostenida de la lesión linfomatosa después de la erradicación de la infección gástrica por HP, sin la aplicación de tratamientos radio o quimioterápicos.

El paciente ha sido valorado por presentar tumoración conjuntival temporal asalmonada en ojo izquierdo, no adherida a planos profundos, de 7 meses de evolución, asintomática. Por la sospecha de linfoma se procedió a biopsia de la lesión, identificándose, mediante estudio anatomopatológico microscópico, una proliferación densa de células linfoides de tamaño pequeño-intermedio, con núcleo irregular, hiper cromático, citoplasma abundante y centros germinales reactivos. Se realizó estudio inmunohistoquímico de la muestra, confirmando el diagnóstico de linfoma B de bajo grado de tipo MALT (CD20+, CD79a+, CD43+, Bcl2+, Ki67 5-10%, CD5-, CD10-, CD3-, Cyclina D1-, Bcl10-). El estudio de extensión (TC cráneo-toraco-abdomino-pélvico, biopsia de médula ósea y estudio de sangre periférica) no evidenció afectación sistémica. La serología mostraba: HBc Ac+ y serología de VHB, VHC, VIH y IgG-IgA para *Clamydia* negativa. El estudio gastroscópico identificó una gastritis crónica activa moderada-severa con afta leve, asociada a infección por HP. El paciente recibió únicamente tratamiento erradicador con omeprazol, amoxicilina y claritromicina durante 7 días. En la biopsia gástrica de control realizada a los 4 meses del tratamiento erradicador se evidenció curación de la infección por HP. A nivel conjuntival presentó desaparición de la lesión conjuntival sin evidenciarse recidiva en controles sucesivos después de un año del tratamiento.

En conclusión, el caso clínico presentado confirma la importancia del diagnóstico y de la erradicación de HP en pacientes diagnosticados de linfoma MALT de los anexos oculares, subrayando la necesidad de comprobar cuanto ya observado en estudio retrospectivos, para mejor entender la patogénesis y optimizar el tratamiento de estos linfomas.

CP-66. Miopización como síntoma inicial de un linfoma conjuntival tipo Malt asociado a afectación coroidea

Dra. Estrella Fernández, Dr. José Cardemil, Dra. Ania Leszczynska, Dr. Miguel González, Dr. Santiago Ortiz, Dra. Meilin Chang, Dr. Fabián Farias

Hospital Clinic, ICR. Barcelona

Introducción: De los linfomas oculares, la presentación más frecuente es conjuntival, siendo la mayoría de los casos localizada e histológicamente tipo MALT. Se presentan como una lesión lisa asintomática, color salmón-rosado. En raras ocasiones se asocian a compromiso corioideo con o sin efusión uveal. El diagnóstico es anatomopatológico. Es aconsejable descartar infección por *Clamidas*. Para el manejo se puede utilizar radioterapia externa, terapia inmunológica con Rituximab o terapia radioinmunoterapia con Zevalin, con tasas de recuperación hasta 90%.

Hombre de 47 años, antecedentes oftalmológicos de miopía leve que consultó por presentar miopización del OI. Destacaba una lesión nodular subconjuntival superior con márgenes poco definidos color asalmonado, y múltiples lesiones coroides de color amarillento de bordes mal definidos. En la refracción había aumentado su miopía (-1D), que se asociaba a un estrechamiento de la cámara anterior sin cambios en la longitud axial. Se realizó biopsia diagnosticándose linfoma conjuntival MALT de bajo grado positivo a células atípicas B CD20 y CD79. Estudio de extensión negativo. Fue tratado con Rituximab, consiguiendo una reducción del tamaño de la lesión subconjuntival, pero sin cambios en las lesiones coroides. A los 3 años de seguimiento, la lesión conjuntival aumentó de tamaño asociado de nuevo cambios en la refracción y ancho de cámara anterior, con variaciones de entre -0,5 y -1.0 D. Debido a la respuesta parcial se indicó tratamiento con radioterapia externa. El debút de un linfoma conjuntival con una miopización no ha sido descrito hasta el momento en la literatura. Muy pocos linfomas MALT conjuntivales asocian infiltrados coroides. De estos se describen casos asintomáticos, con efusión uveal y DR exudativo y otros con cambios de refracción por hipermetropía. Nuestro paciente presentó miopización asociado a acortamiento de la cámara anterior por adelantamiento del diafragma iridocristaliniano secundario a la infiltración corioidea.

CP-67. Enfermedad inflamatoria orbitaria asociada a IgG4

*Dra. Esther Gallardo Pérez, Dr. Ezequiel Siedi, Dr. Manuel Romera Becerra,
Dra. Nathalie Gutiérrez Lemus, Dra. Rosa Bella Cueto, Dra. Ania Leszczynska*
Consorci Sanitari Parc Tauí. Sabadell, Barcelona

La enfermedad asociada a la IgG4 es una entidad emergente de reciente descubrimiento. Se trata de un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por infiltración tisular por células plasmáticas IgG4-positivas y niveles elevados de IgG4. Las principales manifestaciones son pancreatitis y colangitis autoinmunes, fibrosis retroperitoneal, enfermedad de Mikulicz y pseudotumor orbitario inflamatorio. Presentamos dos casos de enfermedad orbitaria asociada a IgG4.

Caso 1: Mujer de 48 años que consultó hace 7 años por masa en glándula lagrimal ojo derecho. La biopsia fue compatible con dacrioadenitis crónica. Cuatro años después presentó un episodio de miositis de recto medio que remitió tras administración de metilprednisolona en bolus. En los siete meses siguientes ocurrieron episodios sucesivos de miositis de recto superior y recto medial, dolor orbitario y ocupación inflamatoria de órbita posterior y seno cavernoso, siempre con respuesta adecuada a corticoterapia. Una nueva biopsia orbitaria mostró inflamación crónica con infiltración de células plasmáticas IgG4(+). La paciente había presentado hacía 13 años un cuadro de fibrosis retroperitoneal. Se inició tratamiento con mofetilo.

Caso 2: Mujer de 54 años con masa en glándula lagrimal de ojo derecho de 5 meses de evolución. En la TC se observó aumento del lóbulo palpebral de la glándula lagrimal sin remodelación ósea. La biopsia fue compatible con hiperplasia linfoide y hallazgos histopatológicos altamente sugestivos de enfermedad por IgG4. La paciente ha permanecido asintomática posteriormente. En casos de infiltración orbitaria y de glándula lagrimal la biopsia es imprescindible para descartar procesos linfoproliferativos. Ante una enfermedad inflamatoria orbitaria recurrente o con hiperplasia linfoide debe realizarse diagnóstico diferencial con síndrome de hiper-IgG4. El tratamiento se basa en corticoides sistémicos e inmunosupresores si hay frecuentes recidivas. En pacientes con diagnóstico de enfermedad por IgG4 se debe considerar la afectación de otros territorios sistémicos.

CP-68. Oftalmoplejía y luxación de globo ocular en paciente con lesión ocupante de espacio intracraneal

Dra. Sonia Gálvez Carvajal, Dra. Eva C. Ramos Yau, Dra. Laura Frau Aguilera, Dra. Aurora del Estad
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Las malformaciones arteriovenosas ocurren cuando las arterias en el cerebro se conectan directamente con las venas cercanas, sin tener los vasos normales (capilares) entre ellas. Se desconoce la causa de la malformación arteriovenosa cerebral (MAV). Varían en tamaño y ubicación en el cerebro suelen comunicarse con la órbita a través del seno cavernoso.

Su incidencia es menor de 1% y, suele estar presente al nacer. Los síntomas pueden presentarse a cualquier edad. Las hemorragias ocurren con más frecuencia en personas de 15 a 20 años, pero también se pueden dar posteriormente en la vida. Algunos pacientes con una MAV también tienen aneurismas cerebrales.

La manifestación clínica oftalmológica de esta entidad es la proptosis pulsátil, con quémosis, edema palpebral y soplo audible. El TC y RM con contraste demuestran múltiples vasos tortuosos con comunicación intracraneal. Paciente masculino de 37 años con dolor orbitario izquierdo, proptosis y oftalmoplejía casi completa. Antecedentes personales de dos cirugías intracraneal la primera por aneurisma de la carótida intracraneal asociada a malformación arteriovenosa (MAV) temporal izquierda en 2008, y la segunda ocasión en 2011 por lesión ocupante de espacio compatible (LOE) con MAV temporal izquierda, asociadas a síndromes comisiales.

Al momento de la exploración presenta agudeza visual de en ojo derecho (OD) de 1 y en ojo izquierdo (OI) de percepción de luz (PL). La biomicroscopia en el OD es normal, y en el OI se aprecia oftalmoplejía con exoftalmos severo, luxación de masa conjuntival temporal superior y, proptosis de glándula lagrimal izquierda. En el fondo de ojo de OI hay excavación papilar completa.

CP-69. Neuralgia de la 1.^a rama del V par craneal secundario a pseudotumor esclerosante orbitario

Dra. Sonia Gálvez Carvajal, Dra. Eva C. Ramos Yau, Dra. Laura Frau Aguilera,

Dra. Aurora del Estad, Dra. Ana Muñoz Morales

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

El pseudotumor esclerosante orbitario se manifiesta como una infiltración cicatricial, con efecto masa y signos inflamatorios crónicos progresivos determinados por la fibrosis. Es una rara entidad clinicopatológica, cuyas características en la clínica y en las pruebas de imagen pueden ser similares a las del pseudotumor inflamatorio idiopático. El diagnóstico diferencial es importante porque ambos difieren tanto en su tratamiento como en su pronóstico.

Presentamos el caso de una mujer de 54 años derivada a nuestro servicio por pseudotumor esclerosante orbitario izquierdo, con mala respuesta a los corticoesteroides y para valoración de posible tratamiento quirúrgico.

Como antecedentes personales de interés destaca que hace 5 años se le realizó extracción de molar en maxilar superior izquierdo complicándose posteriormente con una sinusitis ipsilateral, dolor a nivel orbitario que se irradia a hemicráneo y proptosis izquierda.

En la exploración oftalmológica se observa induración a la palpación de región orbitaria izquierda, eritema y ptosis palpebral completa, restricción de todos los movimientos oculares. Ojo izquierdo (OI) desplazado hacia cuadrante inferolateral, ingurgitación de vasos episclerales y conjuntivales en sector nasal. OI amaurotíco. A la funduscopia presenta atrofia óptica.

La paciente presenta además dolor muy intenso de características neurálgicas a nivel de arcada orbitaria superior y primera rama del trigémino que se irradia a hemicráneo izquierdo, en seguimiento por servicio de Neurología, que no cede con el tratamiento médico. La paciente es intervenida de descompresión orbitaria izquierda por vía transcaruncular, presentando una mejoría significativa de la proptosis y ligera mejoría de la cefaleas.

La neuralgia del trigémino es una de las posibles complicaciones de un pseudotumor esclerosante orbitario. El pseudotumor esclerosante orbitario es una entidad diferente al pseudotumor inflamatorio, y deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos: en primer lugar, conlleva pérdida de la visión en unos meses tras el inicio de la fibrosis, segundo, se caracteriza por una mala respuesta al tratamiento corticoideo. Se recomienda tratamiento combinado con cirugía, esteroides y radioterapia de forma temprana y agresiva. También se encuentra recogido en la literatura el uso de inmunosupresores como azatioprina y ciclofosfamida.

CP-70. Síndrome compartimental orbitario secundario a traumatismo penetrante.

Diplopía residual

Dra. María García Zamora, Dra. Victoria E. Marqués Fernández

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Varón de 71 años de edad que acude a Urgencias por traumatismo ocular izquierdo inciso contuso con un palo de bambú. A la exploración se evidencia una agudeza visual corregida (AVC) en el ojo afecto de 0.9, una presión intraocular (PIO) de 12 mmHg, edema palpebral y una herida perforante en el párpado inferior izquierdo. El examen con lámpara de hendidura revela una laceración conjuntival superficial y una hemorragia subconjuntival en el sector temporal; así mismo, el paciente presentaba una leve restricción a la abducción y a la supraducción del ojo traumatizado. La motilidad ocular intrínseca y el fondo de ojo eran normales.

Se solicita una Tomografía axial Computerizada (TAC) orbitaria que muestra inflamación de partes blandas sin presencia de fracturas ni cuerpos extraños intraoculares u orbitarios. Se realiza profilaxis antitetánica y se procede al cierre de la laceración palpebral; se inicia tratamiento con Cloxacilina 500 mg vía oral cada 6 horas, Ibuprofeno 600 mg cada 8 horas y como tratamiento tópico ocular Colircusí Medrivás® y Tobramicina colirio cada 8 horas.

A las 24 horas existe un empeoramiento generalizado del cuadro con clínica vegetativa, oftalmoplejía externa dolorosa prácticamente completa y proptosis izquierda. No existía disminución de la agudeza visual ni alteraciones pupilares pero sí, una elevación de la PIO a 28mmHg. Ante la sospecha de un cuadro compresivo orbitario se repite el TAC que no presenta variaciones respecto al previo salvo un aumento de

volumen de los músculos recto inferior y lateral. El paciente ingresa para tratamiento intravenoso antibiótico y antiinflamatorio (Ceftriaxona 1 g. iv cada 12 horas + Vancomicina 1 g. cada 12 horas + Metronidazol 500 mg cada 8 horas + metilprednisolona 1 mg /kg/). Se solicita una resonancia magnética orbitaria (RM) para valoración del estado de los músculos extraoculares y descartar la presencia de restos de cuerpo extraño vegetal, informándose como inflamación de partes blandas orbita izquierda en relación a proceso agudo con edema músculos recto lateral e inferior sin alteración de su anatomía. Se realizan revisiones cada 12 horas y se pautan autocontroles de agudeza visual cada 4 horas. A las 24 horas del inicio del tratamiento, el cuadro se mantiene estable pero sin dolor y con normalización de la PIO (14 mmHg). Se evidencia mejoría en la exploración a partir de las 48 horas.

A los 8 días del ingreso el paciente recibe el alta hospitalaria por resolución del cuadro compresivo agudo sin secuelas en la función del nervio óptico. Las alteraciones de la motilidad ocular extrínseca permanecieron estables manteniendo una parálisis prácticamente completa de la abducción del ojo izquierdo. A las tres semanas y ante la mínima mejoría en la evolución de la parálisis muscular y el inicio de una contractura en el recto medio izquierdo, se decide realizar tratamiento con toxina botulínica intramuscular (recto medio izquierdo, 6 unidades), con excelente resultados y ausencia de diplopía a las dos semanas tras la inyección. Las complicaciones derivadas de un traumatismo orbitario son múltiples, más aún cuando el causante del mismo, es un cuerpo extraño de origen vegetal, ya que, además de ser muy mal tolerado, aumenta exponencialmente el riesgo de infección. Ante la instauración de un cuadro compatible con un síndrome compartimental orbitario debemos de tratarlo con urgencia para evitar un daño irreversible del nervio óptico. Las principales causas de compresión orbitaria aguda traumática son: edema, hemorragias y enfisema orbitario. En nuestro paciente coexistían una importante reacción inflamatoria y cierto grado de enfisema, no pudiendo descartarse en un inicio un cuadro infeccioso asociado. Tras descartar la presencia de un cuerpo extraño orbitario e iniciar el tratamiento antibiótico y sobre todo, al añadir el antiinflamatorio esteroideo la proptosis y el resto de clínica típica del cuadro que nos ocupa fue cediendo, disminuyendo las probabilidades de una etiología infecciosa o enfisematosa. La existencia de una alteración acusada en los movimientos extraoculares refuerza el diagnóstico de un síndrome compartimental agudo por edema orbitario, síntoma que persiste tras cese del cuadro agudo. Entre las causas de diplopía tras un traumatismo ocular están, edema, hemorragia, atrapamiento o retracción de los músculos en la órbita y en menor grado, avulsión de los mismos.

Gracias a las técnicas de imagen podemos realizar un diagnóstico más seguro y enfocar el tratamiento de manera correcta. La tomografía axial computerizada y la resonancia magnética son las técnicas más usadas, nos permiten conocer de manera detallada el estado de los tejidos blandos y huesos orbitarios así como descartar o confirmar la existencia de cuerpos extraños intraorbitarios u oculares.

CP-71. Metástasis orbitaria de liposarcoma mixoide de miembro inferior derecho asociado a isquemia ocular transitoria por compresión de arteria oftálmica

Dra. M.^a Leonor González García, Dra. M.^a de la Paz Galván Carrasco,

Dra. Aurora del Estad Cabello, Dr. José L. Sánchez Vicente, Dr. Fernando López Herrero

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

El liposarcoma es un tumor maligno mesodérmico y es el más frecuente de los sarcomas de partes blandas. El subtipo mixoide de células redondas es por lo general pobremente diferenciado y su grado de malignidad y metástasis es directamente proporcional al porcentaje de células redondas que contiene. Suele responder satisfactoriamente a tratamiento quimioterápico, siendo en algunas ocasiones necesario asociarlo con radioterapia.

Paciente varón de 49 años remitido en año 2011 al servicio de órbita de nuestro hospital por epífora y disminución de agudeza visual de ojo izquierdo (OI) de 1 mes de evolución. Como antecedentes personales destaca previo diagnóstico (año 2003) de sarcoma de miembro inferior derecho (MID) con posterior amputación y tratamiento coadyuvante con quimioterapia (ifosfamida) + radioterapia sin evidencia de posterior recidiva, en un total de 35 sesiones.

La exploración reveló una agudeza visual con corrección de 1 en ojo derecho y 0.8 en OI. La biomicroscopía mostró una mínima hiperemia conjuntival y quemosis de OI. El estudio de la motilidad ocular evidenció restricción en la elevación de OI y diplopía vertical a la mirada superior, superior derecha y superior izquierda. La exoftalmometría fue de 16 mm para OD y 20 mm para OI. A la palpación se objetivó masa orbitaria y engrosamiento de párpado superior. Ante la alta sospecha de metástasis en glándula lagrimal

izquierda, se realiza exéresis quirúrgica de la misma y posterior análisis anatomopatológico que confirma el diagnóstico. Se completó tratamiento con quimioterapia coadyuvante (3 ciclos de trabectedina).

En abril de 2013, el paciente es derivado de nuevo desde el servicio de oncología por aumento de la diplopía y previa realización de RNM que mostró lesión hipercaptante en techo de órbita izquierda sugestiva de metástasis. Por dicho motivo, el paciente es nuevamente intervenido realizándose exéresis de dicha lesión y estudio anatomopatológico que lo confirma. Con la finalidad de conservar el globo ocular, se dedice tratamiento coadyuvante con radioterapia estereotáxica. La lesión metastásica en órbita izquierda evoluciona favorablemente y ha disminuido de tamaño. No obstante, en marzo de 2014 el paciente es nuevamente derivado a nuestro servicio por pérdida repentina de visión de OI, y oscilante en función de la postura. La exploración mostró una AV de 1 en OD y amaurosis en OI. El fondo de ojo mostró oclusión de la arteria cilio-retiniana, mancha rojo cereza y edema retiniano que abarcaba polo posterior y área peripapilar. La angiofluoresceingrafía puso de manifiesto isquemia en territorio correspondiente a la arteria ciliar y en área papilar con engrosamiento de troncos venosos principales y sin evidencia de fenómenos embolígenos u obstrucciones vasculares. Todo ello muy sugestivo de origen compresivo. En la actualidad el paciente se encuentre pendiente de una nueva RNM, en función de cuyos resultados se decidirá si cirugía radial de órbita izquierda.

Como conclusión cabe destacar que el liposarcoma mixoide se caracteriza por múltiples recurrencias locales a pesar del correcto tratamiento con cirugía ± quimioterapia ± radioterapia, por lo que debe ser tratado agresivamente desde su diagnóstico. En las metástasis orbitarias, tanto la velocidad de su crecimiento como el volumen de las recurrencias puede sugerir cambios en su composición histopatológica. Pueden asociarse a fenómenos compresivos con pérdida irreversible de la visión.

CP-72. Rinosinusitis alérgica fúngica con afectación orbitaria

Dr. Francisco J. González García, Dr. Enrique Fuentesmilla Manzanares, Dra. Nieves Alonso Formento, Dra. Rosario Carrillo Gijón

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Se describe un caso de rinosinusitis alérgica fúngica en mujer joven que se presenta inicialmente como un cuadro compatible con dacriocistitis aguda atípica de evolución tórpida asociada a proptosis unilateral progresiva. Tras un diagnóstico clínico, radiológico e histológico a través de biopsia orbitaria se pudo realizar un manejo quirúrgico resolutivo endoscópico transnasal. La patología nasosinusal alérgica y otras patologías de los senos paranasales deben ser tenidas en cuenta mediante una adecuada anamnesis en pacientes que presentan proptosis o clínica compatible con lesión ocupante de espacio orbitaria. La rinosinusitis alérgica fúngica es una entidad rara, que puede comprometer la órbita por erosión de las paredes de los senos, hasta en el 29.7% de los casos, por lo que el diagnóstico radiológico e histológico resulta fundamental.

CP-73. Exoftalmos unilateral de instauración subaguda: estudio de extensión de hepatocarcinoma

Dr. Francisco J. González García, Dr. Federico Peralta Iturburu, Dra. Ana R. Albandea Jiménez, Dra. Rosario Carrillo Gijón

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Se presenta el caso de una paciente de 65 años que consulta por exoftalmos derecho de 2 meses de evolución y palpación de una masa en sien derecha, sin pérdida de visión ni diplopía a la exploración. Ante el antecedente de hepatocarcinoma quimioembolizado en el contexto de hepatitis C crónica se realiza prueba de imagen que confirma tumoración orbitaria que destruye hueso. La biopsia orbitaria permitió el diagnóstico histológico de metástasis de hepatocarcinoma. El estudio de extensión puso de manifiesto otras metástasis (cabeza humeral y cuerpo vertebral), por lo que se realizó tratamiento paliativo con radioterapia. La supervivencia desde el diagnóstico de la lesión fue inferior al año. Las metástasis orbitarias de hepatocarcinoma son raras, habiendo reportadas en la literatura no más de veinte casos. Sin embargo la aparición de una proptosis unilateral de rápida instauración y progresión en un paciente con antecedentes tumorales debe hacernos sospechar diseminación tumoral, y hacer un diagnóstico histológico y estudio de extensión, dado que el manejo terapéutico y el pronóstico pueden depender de si se trata de una lesión única o no.

CP-74. Enfisema orbitario y neumoencéfalo secundarios a traumatismo ocular con aire comprimido

*Dr. Francisco J. González García, Dra. Ane Pérez Sarriegui, Dr. Marco Sales Sanz,
Dr. Arnaldo J. Fernández Orue*

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

El enfisema orbitario en ausencia de fractura es una entidad poco frecuente. Presentamos el caso de una paciente de 30 años que tras haber sufrido un traumatismo con un tubo de aire comprimido presentaba visión borrosa, equimosis periocular, proptosis y diplopía en supravisión. A la exploración con lámpara de hendidura se apreciaba una laceración conjuntival inferior de 3 cm, sin pérdida de sustancia. Se realizó una tomografía computarizada que demostró la presencia enfisema orbitario y neumoencéfalo (aire en seno cavernoso y adyacente al dorso selar), en ausencia de fractura orbitaria. Se realizó manejo conservador, y se dejó cicatrizar la laceración conjuntival por segunda intención, resolviéndose la proptosis y la diplopía por completo a las 3 semanas de inicio del cuadro. Tras un traumatismo con aire comprimido a alta presión, puede aparecer un enfisema orbitario ante la presencia de una mínima lesión conjuntival. En estas condiciones el aire puede atravesar la hendidura esfenoidal o el foramen óptico, apareciendo aire intracraneal. El manejo conservador ha mostrado buenos resultados, con una resolución clínica y radiológica rápida.

CP-75. Osteomielitis orbitofrontal por *Stenotrophomonas maltophilia* en un paciente inmunocompetente

*Dra. Nathalie Gutiérrez Lemus, Dra. Esther Gallardo Pérez, Dr. Ezequiel Siedi Gaetani,
Dr. Manuel Romera Becerro*

Consorci Sanitàri Parc Taulí. Sabadell, Barcelona

Stenotrophomonas maltophilia es un bacilo gramnegativo implicado en infecciones nosocomiales y de pacientes inmunodeprimidos. Puede causar infecciones respiratorias, de tejido blando, endocarditis, meningitis, septicemia y raramente osteomielitis. *S. maltophilia* es una bacteria multiresistente pero que suele responder a cotrimoxazol.

Mujer de 24 años sin antecedentes patológicos de interés, que presenta desde hace 3 meses inflamación del párpado superior tratada con amoxicilina/ácido clavulánico sin mejoría. Un mes antes una colección purulenta de la zona fue drenada en otro centro. La paciente es referida a nuestro servicio por presentar un celulitis preseptal persistente con fístula.

Se realizó un cultivo que fue positivo para *Stenotrophomonas maltophilia* resistente a betalactámicos pero sensible a cotrimoxazol. Un TAC orbitario mostró una ocupación del seno frontal lateral y una extensa lesión lítica en el proceso orbitario del hueso frontal. También observamos una colección frontal epidural en la RMN.

Se inició tratamiento con cotrimoxazol. Más tarde se realizó una craneotomía con debridamiento del hueso afectado y la colección epidural fue drenada. La anatomía patológica mostró osteomielitis sin evidencia de tumor o lesiones granulomatosas. La evolución de la paciente fue buena. No existen casos previos en la literatura de osteomielitis orbitaria por *Stenotrophomonas maltophilia* con afectación meníngea. En casos de colecciones purulentas periorbitarias es importante tomar cultivo y hacer pruebas de imagen. Además de la osteomielitis, el diagnóstico diferencial de lesiones osteolíticas debe incluir Histiocitosis de Langerhans, displasia fibrosa, tumores de células gigantes y metástasis.

CP-76. Celulitis orbitaria postseptal como debut de trombosis de seno cavernoso y vena oftálmica secundarias a otitis supurativa

*Dra. M.ª Zulema Hernández Carranza, Dra. Rocío C. Traspas Tejero, Dra. Isabel Fesser Oroz,
Dra. Paula C. Moreiras Piatrelini, Dra. M.ª Rosa Pardiñas Pérez, Dr. Miguel Perea García,
Dra. Rosa M.ª Jiménez Escribano*

Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo

Presentamos el caso de un niño de doce (12) años que acude a nuestro servicio de urgencias por presentar dolor orbitario y edema palpebral izquierdos. Como único antecedente destacaba una otitis supurativa

ipsilateral de quince (15) días de evolución. A la exploración se confirmó sintomatología, con movilidad ocular conservada. La prueba de imagen (TC) se informó como celulitis orbitaria sin otra alteración aparente. Se indicó ingreso y tratamiento antibiótico intravenoso según protocolo. La evolución fue mala y a las 48 horas presentó una oftalmoplejia completa. En nueva prueba de imagen (RMN) se observó ocupación de oído medio izquierdo, afectación meníngea y Trombosis del seno Cavernoso y de vena Oftálmica izquierda. El cuadro remitió completamente con cobertura antibiótica de amplio espectro y drenaje transtubárico izquierdo. Aunque la trombosis de senos venosos es una complicación infrecuente de los procesos otorrinolaringológicos, siempre hay que sospecharla en los casos de celulitis orbitaria postseptal que no responden a tratamiento antibiótico correcto.

CP-77. Descompresión orbitaria endoscópica guiada mediante navegador en la Orbitopatía de Graves

*Dra. Ana Hervás Ontiveros, Dra. Ángeles Bort, Dr. Alfonso García Piñero,
Dr. Ángel Cisneros Lanuza, Dr. Enrique España Gregori*
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

La cirugía mediante Navegador es una técnica tridimensional que consiste en visualización de imágenes en tiempo real. Mediante este sistema es posible aumentar la precisión minimizando los efectos secundarios en las descompresiones orbitarias por orbitopatía de Graves. Decidimos estudiar la eficacia y seguridad de la descompresión orbitaria de la pared medial en 11 pacientes diagnosticados de orbitopatía de Graves. Se realizó un abordaje externo por vía antero-superior y endoscópico transnasal guiado mediante Navegador intraoperatorio a tiempo real. Los pacientes fueron sometidos a un análisis oftalmológico inicial preoperatorio incluyendo agudeza visual (AV) y exofalmometría (Hertel) así como a la realización de un TAC preoperatorio. Todos los pacientes obtuvieron una mejora del exoftalmos medido mediante exofthalmometría (Hertel) y TAC postoperatorio. La AV se mantuvo estable en todos los casos y en 1 paciente se produjo una mejora de la neuropatía óptica compresiva. No se produjeron efectos secundarios debidos a la Navegación. Consideramos el uso de la descompresión orbitaria en la Orbitopatía de Graves guiada mediante Navegador una opción a tener en cuenta, puesto que permite mayor precisión anatómica en los límites de la descompresión confirmando la profundidad de la eliminación ósea. Es posible a su vez una mejor localización intraoperatoria permitiendo descomprimir al máximo la pared medial y en caso de precisarse, ampliar a la pared inferior. De este modo el cirujano es capaz de aumentar su confianza reduciendo el estrés quirúrgico, minimizando el riesgo de lesión iatrogénica.

CP-78. Tratamiento paliativo corticoideo de un síndrome de ápex orbitario en cáncer de mama metastásico

Dr. César Hita Antón, Dra. Cristina Míguez García
Hospital Universitario de Torrejón. Madrid

Presentamos el caso de una paciente de 60 años que acudió a nuestra consulta de urgencia por presentar visión borrosa y diplopía de 2 días de evolución. Estaba en tratamiento con quimioterapia por un cáncer de mama con metástasis pulmonares y recidiva cutánea. A la exploración inicial presentaba una AV de 0,09 en OD y 1,0 en OI, DPAR, limitación en abducción y supraducción en OD. En el fondo de ojo se objetivó una papila con borde nasal elevado y coloración hiperémica, siendo normal la contralateral. Se realizó TC orbitario y craneal urgente en el que se observó metástasis cerebelosa, cerebral frontal derecha y en vértice de órbita derecha.

Se comentó el caso con Oncología y ante la elevada morbilidad de la cirugía orbitaria y la corta esperanza de vida de la paciente, se decidió optar por tratamiento conservador con corticoides intravenosos (dexametasona). La paciente presentó buena respuesta al tratamiento con resolución de la diplopía y mejoría de la agudeza visual, así como desaparición del edema de papila a las 2 semanas. Desafortunadamente, la paciente falleció días después de la última revisión y no se pudo completar el seguimiento. Las metástasis orbitarias del cáncer de mama son infrecuentes, especialmente cuando se localizan en el ápex orbitario. Sin embargo, en pacientes con historia tumoral previa, sobre todo si ya han tenido metástasis en otras zonas, que presentan un síndrome del ápex orbitario es una de las primeras opciones a tener en cuenta.

A pesar de que la literatura recoge como primera elección la descompresión orbitaria y la radioterapia como tratamiento de elección en casos de neuropatía óptica compresiva aguda, el uso de corticoides en pacientes cuyas circunstancias vitales implican una escasa supervivencia, puede obtener buenos resultados con mínima morbilidad para el paciente.

CP-79. Hemorragia retrobulbar intraoperatoria tras biopsia de lesión subcutánea

Dr. Edgar J. Infantes Molina, Dr. Jorge Rivera Salazar, Dra. Carmen Ispa Callén, Dr. Javier Gálvez Martínez, Dr. José J. Valdés González, Dra. Laura Alfaya Muñoz, Dr. Fernando González del Valle

Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real

Varón de 58 años con lesiones sub-dérmicas sobre elevadas, infiltrantes, de consistencia firme, aparentemente no adheridas a plano perióptico, en ojo derecho abarca parcialmente párpado inferior área preseptal y por delante del reborde orbitario, pero no incluye el área pretarsal, en ojo izquierdo es de menor tamaño incluyendo zona temporal del área preseptal del párpado inferior y área próxima por delante del reborde orbitario. Sospecha diagnóstica de histiocitosis vs linfoma.

Con antecedente de triple derivación coronaria, anemia hemolítica con Coombs negativo, macrotrombocitosis, con tratamiento de ácido acetilsalicílico 100mg suspendido 5 días antes. Análisis de coagulación sanguínea dentro de los parámetros normales. Sin antecedentes oftalmológicos con una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos por presencia de catarata bilateral.

Se realiza cirugía bajo anestesia general para biopsia y posible exéresis de las lesiones. Primero O.D., luego O.I., durante la disección se observa infiltración del plano dérmico, subcutáneo y muscular, se extrae la lesión en bloque. Se sutura herida quirúrgica por planos. Al final de la cirugía el OD muestra proptosis, quemosis con hemorragia subconjuntival, hematoma de párpados, tenos; hematoma en área quirúrgica, anisocoria más midriática.

Se diagnostica de hemorragia retrobulbar realizándose cantotomía externa más cantolisis, masaje y uso del balón de Honan. Se prescribe Metilprednisolona 1mg/kg peso iv c/12h. Tras la cantolisis el globo esta menos tenso, continúa drenando durante un tiempo, no se encontró el punto de sangrado, se sutura canto externo a las cuatro horas. A las 24 horas se observa disminución de la proptosis, apertura palpebral mínima con presencia de hiposfagma y movimiento restringido de los músculos extraoculares, agudeza visual de 0.4, pupilas isocóricas y reactivas.

La hemorragia retrobulbar en el contexto de una cirugía preseptal es poco frecuente, pero es una complicación potencialmente grave que debe tenerse en cuenta. En este caso creemos que una combinación de diátesis hemorrágica, tratamiento con anticoagulante no suspendido por suficiente tiempo, y posible extensión no advertida en profundidad de la lesión, pudieron combinarse para producir la hemorragia retrobulbar, diagnosticada y tratada adecuadamente.

CP-80. De una conjuntivitis a trombosis: síndrome paraselar secundario a Síndrome Antifosfolípido Catastrófico

Dra. Cristina Míguez García, Dr. César Hita Antón, Dra. Sara Llorente, Dra. Leticia Santamaría
Hospital Universitario de Torrejón. Madrid

Presentamos el caso de una joven china de 26 años referida a consulta desde Hematología estando ingresada tras su segundo parto. Había sido diagnosticada hace 3 años de Síndrome Antifosfolípido y anemia hemolítica. En la exploración inicial presentaba disminución de visión, quemosis conjuntival, edema palpebral y paresia bilateral del VI par. La exploración del fondo de ojo revelaba edema de papila bilateral. La paciente además presentaba malestar general y leve alteración del nivel de conciencia. Se realizó TAC de Urgencias que se amplió con un TAC toracoabdominal.

Fue diagnosticada de Síndrome Antifosfolípido Catastrófico ante la presencia de Ac anti-cardiolipina, Tromboembolismo Pulmonar (TEP) bilateral, trombosis de senos venosos duros sigmoidales bilateral, edema papilar, livedo reticularis, anemia hemolítica y trombopenia autoinmune, y afectación renal con proteinuria. Ingresó en Cuidados intensivos para tratamiento corticoideo, plasmaféresis y heparina sódica. Actualmente la paciente está en seguimiento por Hematología. El Síndrome Antifosfolípido (SAF) es

una enfermedad autoinmune caracterizada por trombosis arteriales y venosas debido a la presencia de anticuerpos antifosfolípidos. El SAF Catastrófico (SAFC) es una rara forma que pone en riesgo la vida del paciente (se estima la mortalidad en torno a un 30%) y se caracteriza por el rápido desarrollo de un fallo multiorgánico (al menos de 3 sistemas distintos). Se puede desencadenar por distintas circunstancias, entre ellas, el puerperio. Entre las complicaciones neurológicas está la Trombosis Venosa Cerebral (TVC), entidad con alta mortalidad si no es tratada precozmente.

El tratamiento del SAF requiere una serie de terapias que combinadas aumentan la supervivencia: anticoagulantes, plasmáferesis, corticoides y antiagregantes plaquetarios.

La presencia de un cuadro compatible con patología paraselar, sobre todo si se acompaña de otros síntomas neurológicos, principalmente cefalea o deterioro cognitivo, hacen obligatorio una prueba de imagen (TAC, RM, RM venosa, angioTAC).

Tanto el SAFC como la TVC son cuadros potencialmente mortales que deben ser manejados en un Servicio de Cuidados Intensivos.

CP-81. Complicaciones orbitarias secundarias a sinusitis fronto-esfeno-etmoidal

Dra. Paula C. Moreiras Piastrelini, Dra. Isabel Fesser Oroz, Dra. Rocío C. Traspas Tejero, Dra. M.ª Rosa Pardiñas Pérez, Dr. Miguel Perea García, Dra. Carmen Pizzamiglio Martín, Dra. Zulema Hernández Carranza, Dra. Virginia Hernández Ortega, Dra. Rosa M.ª Jiménez Escribano
Hospital Virgen de la salud. Toledo

Presentamos 3 casos de pacientes que acuden por urgencias con sintomatología ocular: diplopía, celulitis y proptosis.

1º caso: Mujer de 28 años intervenida en 2 ocasiones de poliposis nasosinusal en Rumania, gestante de 12 semanas, acude a urgencias por presentar desde hace 1 año episodios intermitentes de diplopía y cefalea ocasional acompañados de anosmia y congestión nasal. A la exploración encontramos, AV 20/20, diplopía lejos y cerca en dextroversión, con exoforia de 6 dp, MOI normal. En estudio RNM presenta poliposis nasosinusal con pansinusitis y mucocèle esfenooidal con expansión y dehiscencia de las paredes del seno hacia el seno cavernoso, fosa craneal media y suelo del canal del nervio óptico. Se realiza tratamiento con amoxicilina-clavulánico oral 875/125 mg cada 8 horas durante 2 semanas y fluticasona nasal 1 inhalación cada 12 horas. Dado el estado de gestación y la estabilidad del cuadro con desaparición de la diplopía y cefalea, queda pendiente de cirugía programada por parte de neurocirugía.

2º caso: Mujer de 79 años acude por celulitis postseptal bilateral de predominio izquierdo con limitación leve en la MOE del ojo izquierdo. En estudio mediante TAC presenta sinusitis frontal izquierda complicada con absceso palpebral y orbitario extraconal superior izquierdo y tromboflebitis de la vena tributaria de la oftálmica superior izquierda. Se realiza drenaje de urgencia vía endoscópica nasal y se pauta tratamiento antibiótico con vancomicina y ceftriaxona iv con buena evolución.

3º caso: Varón de 21 años con antecedente de alergia estacional sin tratamiento habitual, en tratamiento con antibiótico vía oral por infección dentaria, acude derivado de otro centro por proptosis aguda con hipotropía, limitación completa de la MOE y disminución de la agudeza visual. En el estudio TAC presenta ocupación completa de senos frontales y celdillas etmoidales con absceso de techo orbitario. Se realiza drenaje de urgencia vía endonasal y transeptal superior y se pauta tratamiento antibiótico con vancomicina, ceftazidima y metronidazol junto a aerosol terapia, con mejoría parcial, requiriendo cirugía programada con abordaje bicoronal y endoscópico nasal. La sinusitis es una patología frecuente que puede complicarse por vecindad con alteraciones orbitarias que ponen en riesgo la visión. El origen infeccioso, inflamatorio y tumoral obligan a un diagnóstico precoz y abordaje multidisciplinar por parte de otorrinolaringología, neurocirugía y oftalmología.

CP-82. Hemangioma carvenoso gigante

Dra. Sybella Muñoz Schiattino, Dra. Consuelo Spínola Muñoz, Dr. Rafael Perea Pérez, Dra. Belén Domínguez García, Dra. Teresa Laborda Guirao, Dra. María Gessa Sorroche, Dra. Concepción Díaz Ruiz

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Paciente varón de 59 años, derivado a nuestro servicio de Órbita y Oculoplastia por posible hemangioma cavernoso de ojo derecho de 2 años de evolución.

A la exploración destacaba una disminución de la agudeza visual en relación a hipermetropía secundaria a compresión (+8,5 dioptrías) en ojo previamente emélope, así como un exoftalmos manifiesto y una limitación de la supravisión. En el examen de fondo de ojo se aprecian estrías coroideas en polo posterior y media periferia.

Se decide completar estudio con pruebas de imagen, que ponen de manifiesto una tumoración intrazonal de 32 x 24 x 29 mm que desplazaba estructuras sin invadirlas, con realce focal y parcheado tras administración de contraste, que apoyaban el diagnóstico de sospecha.

Se procede a la extirpación quirúrgica por vía orbitaria inferoexterna asistida por crioterapia, con el fin disminuir la manipulación de la tumoración, pese a lo cual fue preciso un drenaje del contenido tumoral intraoperatorio para poder extraerlo. El diagnóstico fue confirmado por el estudio anatomopatológico.

Actualmente el paciente ha mejorado su visión y ha desaparecido el exoftalmos, aunque presenta una afectación del III par craneal incompleta postquirúrgica. Aunque el exoftalmos es la forma de presentación más frecuente, la hipermetropía y las estrías coroideas también pueden estar presentes.

Pese a la experiencia y la literatura referente al abordaje del hemangioma cavernoso, la localización y tamaño tumoral condicionan el abordaje y la técnica quirúrgica.

La parálisis del tercer par es una de las complicaciones posibles, aunque suele ser autolimitada y desaparecer en 2-3 meses.

CP-83. Cuerpo extraño intraorbitario inusual

Dr. Pedro Naranjo Bonilla, Dra. M.ª José Pérez Cordobés, Dra. Carmen Avilés Mora

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Varón de 56 años, mecánico de profesión, acude a urgencias tras traumatismo orbitario de alta velocidad con filtro deshidratador del aire acondicionado de un turismo (Seat Ibiza, 2002).

A la exploración física se aprecia objeto de plástico con forma de bayoneta firmemente incrustado en la región medial de la órbita izquierda, con importante edema palpebral superior e inferior así como leve exoftalmos. La agudeza visual (AV) de ojo izquierdo (OS) era de movimiento de manos a 2 metros. Globo ocular íntegro. TAC de urgencias: Material de alta densidad en región extraconal medial de órbita izquierda que contacta con globo ocular y lo desplaza de manera anterolateral, sin afectación del mismo. Se observa contacto con músculo recto interno. Engrosamiento del músculo recto interno y superior con respecto al ojo contralateral. Se aprecian múltiples fracturas en macizo facial (Fractura frontobasal izquierda con desplazamiento de fragmento intracraneal, fractura multifragmentaria de pared interna con herniación grasa, fractura del techo sin herniación grasa, fractura de huesos propios).

Inicialmente, al traccionar del objeto resultó imposible su extracción. Tras consultar la morfología del objeto y su relación con las estructuras vecinas en el TAC se pudo desincrustar sin mayores problemas al inclinar levemente la pieza y así salvar los obstáculos que existían en la vía de salida. Las dimensiones del objeto eran de 45 cm de largo, constaba de 2 porciones, una posterior con forma cónica de 7 cm de diámetro que aportaba la mayor parte del peso al objeto, y una porción anterior incrustada 6 cm en la órbita con forma prismática de 27 mm de longitud, 3 mm de profundidad y 10 mm de altura. El peso de la pieza era de 450 g. Una vez extraído se completó la evaluación oftalmológica, observando un defecto epitelial corneal central, hemorragia subretiniana sobrelevada a nivel temporal superior, hemorragia vítrea leve, nervio óptico aspecto normal con pequeñas hemorragias peripapilares.

4 meses más tarde, tras reconstrucción de pared medial por parte de Maxilofacial. La exploración mostró AV de OS de 0.7, ortotropía, epifora, polo anterior normal, pliegue retiniano sin afectación foveal como consecuencia de posible rotura coroidea, confirmado con OCT. Campo visual de OS, escotoma angular en hemicampo superior. Las heridas traumáticas del ojo son una patología frecuente, en EE.UU suponen el 3% de todas las consultas en el servicio de urgencias. Los traumatismos orbitarios representaron el 23% de todas las consultas atendidas en el nivel 1 de las urgencias traumatológicas según otro estudio realizado en un hospital de los EE.UU. No existen 2 casos iguales de traumatismo orbitario. Es un cuadro que va a requerir de todos nuestros conocimientos, experiencia e ingenio. Las consecuencias de un traumatismo orbitario van a depender de muchos factores como la naturaleza, la forma o la velocidad del objeto. Los cuerpos extraños intraorbitarios de plástico no son muy frecuentes 3. Esto se debe a la baja energía cinética de estos elementos, condicionada por su baja masa, que les impide atravesar el párpado. Sin embargo, como podemos apreciar en este caso si tienen un peso notable y forma estrecha pueden causar importantes daños. Los cuerpos extraños intraorbitarios pueden generar importantes lesiones no solo en el momento del

accidente sino a la hora de extraerlos. Especialmente, en aquellos casos en los que a pesar del traumatismo existe la fortuna de que las principales estructuras nobles intraorbitarias e intracraneales están conservadas, es fundamental no producir ninguna lesión adicional a la hora de extraer el objeto. Para plantear la cirugía y minimizar riesgos en la extracción, las pruebas de imagen nos aportan una valiosa información acerca de la morfología del objeto y de su relación con las distintas estructuras anatómicas. Los elementos de plástico tienen más tendencia a quedar incrustados al perforar con más dificultad los tejidos que los entes metálicos, por este motivo en estas situaciones será muy importante agudizar el ingenio a la hora de extraer el material. Para nuestro conocimiento este es el cuerpo extraño intraorbitario de plástico de mayores dimensiones publicado hasta el momento con mínima alteración de las estructuras oculares y con buena agudeza visual.

CP-84. Ptoxis completa secundaria a esquirla ósea del techo orbitario

Dra. Lucía Perucho González, Dra. Almudena Asorey García, Dr. Juan A. Troyano Rivas

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Niña de 13 años de edad que acudió al servicio de Urgencias tras sufrir un accidente en bicicleta, con resultado de politraumatismo facial y fractura orbitaria derecha.

Tanto la analítica como la valoración neurológica fueron normales, con un Glasgow 15/15. En la exploración oftalmológica la agudeza visual, biomicroscopía y examen del fondo de ojo fueron normales, destacando una diplopía en posiciones extremas de supra y dextroversión, y una ptoxis palpebral superior completa con nula función del elevador.

En el TC se apreciaba un pequeño hematoma epidural asociado a neumoencéfalo en región frontal derecha, sin desplazamiento de estructuras, y varias líneas de fractura en hueso frontal derecho y techo de la órbita, con hundimiento del mismo. Se localizaron dos esquirlas óseas procedentes del techo de la órbita que impactaban con el complejo elevador-recto superior. Tras una semana de evolución, y ante la ausencia de mejoría de la ptoxis, se decide realizar extirpación quirúrgica de la esquirla más anterior, que más impactaba con el complejo muscular, mediante abordaje extraperióstico a través del pliegue palpebral superior. La intervención transcurre sin complicaciones.

La evolución postoperatoria es satisfactoria, mejorando drásticamente la ptoxis palpebral, y sin afectación de la diplopía en su vida diaria.

CP-85. Linfoma orbitario secundario a linfoma pulmonar de zona marginal ipsilateral

Dr. Simón Quijada Angélica, Dr. Diego Urquía Pérez, Dra. Esther Santos Vicente,

Dr. Diego López Arango, Dra. Belén Sirvent, Dra. Mónica Hijos Gastón, Dra. Clara Bellas

Méndez, Dr. Carlos Sjöholm Gómez de Liaño, Dra. Marisol Leonato

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid

Estudio transversal de un caso de linfoma B de bajo grado con gran diferenciación linfoplasmocítica, orbitario izquierdo con lesión primaria de linfoma B de zona marginal en lóbulo pulmonar inferior izquierdo. Paciente de 69 años quien consulta referida del servicio de hematología con antecedentes de Linfoma MALT de pulmón, tratado con lobectomía con adenopatías aortopulmonares y cisurales positivas, Adenocarcinoma de colon tratado con Cirugía y radioterapia, quien presenta edema de Párpado inferior en ojo izquierdo de 6 meses de evolución, sin otros síntomas agregados. A la exploración oftalmológica: Agudeza visual en Ambos ojos 0,5, sin alteraciones de la motilidad extraocular, leve exoftalmos izquierdo, biomicroscopía y oftalmoscopia sin hallazgos patológicos, edema de párpado inferior con clara asimetría respecto al ojo contralateral. En la Resonancia magnética se aprecia lesión orbitaria izquierda, inferomedial infiltrativo con compromiso de grasa intra y extraconal, desde el vértice orbitario hasta la región posterior del globo ocular, se indica biopsia quirúrgica de lesión en órbita izquierda (14-11-2013) en el cual se evidencian hallazgos compatibles con Linfoma B de bajo grado con gran diferenciación linfoplasmocítica, con resultados de inmunohistoquímica que evidenciaron CD20+, CD56-, CD5-, CD23-, bcl6-, CD10-, CD34-, con Ki67 del 10% con estos resultados se diagnostica linfoma de zona marginal, compatible con el perfil de las lesiones pulmonares según antecedentes. 6 meses después es reevaluada sin cambios en la AV del OI, oftalmoscopia se aprecia dispersión del EPR macular en ambos ojos. Actualmente continúa en seguimiento y en tratamiento con Rituximab y seguimiento estricto.

CP-86. Infiltración Leucemica de órbita y piel periorbitaria, neoplasia maligna en territorio poco frecuente

Dr. Simón Quijada Angelí, Dr. Carlos Sjöholm Gómez de Liaño, Dr. Diego Urquía Pérez, Dra. Esther Rivera Ruiz, Dra. Rosa Gutiérrez Bonet, Dr. Julián Argaya Amigo, Dra. Mónica Hijos Gastón, Dra. Clara Bellas Méndez, Dr. Javier Martín, Dra. Belén Gragera
Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid

Estudio transversal de un caso de infiltración orbitaria de leucemia linfocítica B Crónica con relación con el músculo recto inferior derecho y de piel y tejidos blandos adyacentes. Paciente masculino de 74 años, con antecedentes de Tabaquismo, Síndrome metabólico, cardiopatía isquémica crónica, EBPOC y Síndrome linfoproliferativo B tipo LLC-B estadio 0A en seguimiento, quien consulta por presentar tumoración palpebral inferior derecha de 3 meses de evolución, sin referir diplopía, dolor o disminución de la AV. A la exploración física (28-2-14) AO: CC 0,7 en AO, clara hipertropía de Ojo derecho, con leve restricción a la infraducción. BMC: Tumoración de consistencia elástica sin adhesión a planos profundos en PIOD, subcutánea, no dolorosa, PIO: 15mmHgAO, oftalmoscopia normal, Resto sin hallazgos. Niega fiebre o clínica infecciosa, se solicita TAC de orbita y cráneo, Sin alteraciones en globos oculares y nervios ópticos con Lesión en íntima relación con extremo anterior del Recto inferior izquierdo sin poder filiar dependencia anatómica a dicha estructura, se realiza biopsia de piel y tejido celular subcutáneo con infiltrado linfocitario difuso, que a la inmunohistoquímica se evidencian linfocitos B, de núcleos redondos, que expresan CD20+, CD5+, CD 23+, CD43+, bcl2, negativo para bcl6, Ciclina D1 y CD10+. El índice proliferativo alrededor del 2% concordante con infiltración cutánea de Leucemia linfocítica B crónica. Como nuevos hallazgos en exploraciones ulteriores presenta masa latero-cervical izquierda, de 1cm. Actualmente pendiente de estudios de FISH, Bioquímica y de RM de orbita.

CP-87. Absceso subperióstico orbitario como complicación de un caso de sinusitis esfenoidal, etmoidal y frontal izquierda

Dra. Carmen G. Rubio Rodríguez, Dra. Bárbara Acosta Acosta, Dr. José L. Delgado Miranda, Dr. Ruymán Rodríguez Gil
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Paciente varón de 13 años de edad remitido desde urgencias por diplopía e inflamación palpebral de ojo izquierdo de 24 horas de evolución asociado a cefaleas y febrícula que cedía con analgésico en la semana previa.

Exploración ocular: agudeza visual de ojo derecho e izquierdo de 0.8 respectivamente en la escala de Snellen, exoftalmo severo con Hertel 14/22 mm, hipoxotropía en posición primaria de la mirada y limitación de la motilidad ocular en las supraversiones y levoversión. La motilidad ocular intrínseca fue normal y en la biomicroscopia sólo se evidencia hiposfagma superotemporal del ojo izquierdo. En el TAC solicitado de forma urgente se aprecia masa bien delimitada en techo y ángulo supero- interno de la órbita izquierda, de disposición extraconal, que rechaza inferiormente la musculatura y contenido intraconal, así como ocupación de seno esfenoidal, frontal homolateral y celdillas etmoidales izquierdas, todo ello sugestivo de absceso. Se realiza tratamiento quirúrgico con doble drenaje, uno por vía cutánea en reborde orbitario supero interno y otro nasosinusal mediante cirugía endoscópica, éste último con la colaboración del servicio de Otorrinolaringología.

A las dos semanas postcirugía se evidencia motilidad ocular conservada. En las sucesivas visitas sólo se aprecia, como complicación postquirúrgica, leve fibrosis del párpado superior que se resuelve tras ocho meses con tratamiento tópico con masajes. El absceso subperióstico orbitario representa el 10-15% de las complicaciones orbitarias y su principal causa es la sinusitis del seno etmoidal. Su tratamiento requiere el uso precoz de terapia antibiótica y antiinflamatoria asociada al drenaje quirúrgico con abordaje endonasal siendo necesario en ocasiones el abordaje por vía externa.

CP-88. Neurofibromatosis orbitofacial izquierda. A propósito de un caso

Dra. Carmen G. Rubio Rodríguez, Dra. Bárbara Acosta Acosta, Dr. José L. Delgado Miranda, Dr. Ruymán Rodríguez Gil

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Paciente varón de 11 años de edad de raza negra, diagnosticado a la edad de 2 años de neurofibroma plexiforme tras biopsia de proceso expansivo fronto-orbitario izquierdo, que es remitido a nuestro servicio por ambliopía de ojo izquierdo asociada a edema palpebral severo.

Fue intervenido quirúrgicamente en 2 ocasiones (7 y 8 años de edad) por el servicio de Maxilofacial por neurofibroma plexiforme izquierdo con deformidad facial mediante abordaje coronal con extirpación y reducción de partes blandas a nivel orbitotemporal izquierdo.

Exploración inicial: Se objetiva edema palpebral severo con afectación de párpado superior e inferior que imposibilita apertura palpebral y exploración ocular. Se pauta tratamiento antiinflamatorio durante 2 semanas.

Exploración dos semanas: Agudeza visual de percepción y proyección de luz. Motilidad ocular intrínseca y extrínseca normales. Persistencia de edema palpebral, medios transparentes, fondo de ojo dentro de la normalidad con una excavación papilar ligeramente aumentada. Se pauta tratamiento oclusivo para la ambliopía.

Exploración dos meses: Agudeza visual de cuenta dedos a 50 cm. Persistencia de edema palpebral superior. Se decide nueva intervención quirúrgica realizándose exéresis parcial de neurofibroma plexiforme palpebral-orbitario izquierdo obteniéndose una mejoría del edema palpebral con apertura palpebral espontánea. El neurofibroma orbito palpebral puede manifestarse de forma aislada o en el contexto de la enfermedad de Von Recklinghausen. En este último caso su incidencia se estima en un 1-4%. La resección completa del tumor es imposible salvo que se extirpe la raíz nerviosa comprometida, situación que se reserva para las lesiones con gran compromiso funcional, lo que determina su naturaleza recidivante.

CP-89. La aguja en el pajar. Fistula carótido-cavernosa

Dra. Susana Ruiz Cabrera, Dr. Javier Mora de Oñate, Dr. Juan A. Blanco Cabellos, Dra. M.ª Dolores Martín Sánchez

Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla, Madrid

Paciente de 78 años que acude a urgencias de Oftalmología por cuadro dolor y enrojecimiento del ojo derecho asociado a cefalea intermitente de 1 mes de evolución. En los últimos días la evolución es hacia un exoftalmos progresivo del OD.

Como antecedentes había presentado 1 mes antes un ictus isquémico de localización vertebro-basilar de etiología aterotrombótica, así como HTA. No antecedente traumático.

La agudeza visual corregida era de 0.6 en OD y de 0.8 OI.

En la exploración en lámpara de hendidura se aprecia edema palpebral, proptosis leve, quemosis leve, vasos episclerales dilatados y tortuosos.

La PIO era de 25/19 y la exploración funduscópica era normal.

Ante la sospecha clínica de FCC se contactó con servicio de radiología.

La TC sin contraste mostro un aumento del seno cavernoso derecho así como una vena oftálmica superior prominente.

Dados estos hallazgos se realizó una RMN con gadolinio intravenoso para ampliar el estudio apreciándose un aumento del relleno del seno cavernoso derecho en fase arterial precoz.

La ecografía doppler orbitaria mostro un flujo invertido arteriolizado en la vena oftálmica superior derecha con claro aumento de su diámetro.

El diagnóstico de FCC fue confirmado mediante estudio angiográfico mediante la técnica de Seldinger habitual en la que se aprecia fístula carotido-cavernosa derecha de bajo flujoderivándose a la paciente a otro centro para valorar opciones de tratamiento. Las fistulas carótido-cavernosas son comunicaciones anómalas que se establecen entre la arteria carótida y el seno cavernoso, bien directamente o bien por las ramas intradurales de las arterias carótidas interna o externa.

Barrow y cols. clasifican las mismas según los hallazgos angiográficos en 2 grupos: Fistulas carotido-cavernosas directas o tipo A y las indirectas o durales (B-C-D).

Las fistulas directas se producen por la rotura de la arteria carótida interna en el interior del seno cavernoso. Son de alto flujo y generalmente se presentan con mayor sintomatología orbitaria y neurológica produciéndose frecuentemente tras un traumatismo.

Las de bajo flujo o indirectas se producen por la rotura, generalmente espontanea de ramas de pequeño calibre de la arteria carótida interna o externa y el seno cavernoso. Clínicamente son indolentes y mas frecuentes en mujeres postmenopausicas. Las causas pueden ser multiples, desde causas congénitas, HTA, arteriosclerosis, enfermedades del colágeno...

La sintomatología suele ser muy variada, desde prácticamente asintomáticas hasta incapacitantes. El flujo retrogrado inverso produce hipertension venosa orbitaria responsable del exoftalmos, quemosis, congestión venosa, cefalea y dolor orbitario.

Es patognomónico la auscultación de un soplo sobre la región orbitaria afectada.

Para el estudio de las fistulas la TC es la prueba inicial de referencia, sin embargo la RMN mediante estudio convencional y con estudio angiográfico permite acercarnos más al diagnóstico y estudio de las fistulas carotido-cavernosas.

La angiografía es la técnica más exacta para confirmar el diagnóstico, clasificación, valorar el tipo de drenaje y su posible tratamiento.

La ecografía es también es una técnica útil para el diagnóstico. La ecografía en modo B permite apreciar un aumento del calibre de la vena oftálmica superior y mediante doppler pulsado se puede apreciar un flujo en sentido inverso en la vena oftálmica superior.

En cuanto al diagnóstico diferencial hay que realizarlo con otros procesos capaces de provocar desplazamiento del globo ocular como tumores, infecciones, oftalmopatía tiroidea, hemorragias retrolabares, vasculitis...

En cuanto a la evolución de las FCC el 25-50% de las fistulas durales se cierran espontáneamente, sin embargo las fistulas directas no suelen hacerlo y requieren tratamiento.

El tratamiento debe ser urgente cuando provoquen déficit visual importante, déficit neurológicos agudos, diplopía incapacitante, dolor intenso, proptosis marcada.

La actitud terapéutica depende del tipo de fistula.

Las fistulas directas o de alto flujo requieren tratamiento mediante embolización endovascular.

Las fistulas indirectas reciben multiples aportaciones arteriales por lo que no es posible la embolización.

Un 25-50% de los casos se cierran espontáneamente mediante maniobras compresivas. Solo en aquellos pacientes en los que se observe un flujo residual y resolución incompleta de los síntomas se plantea la radiocirugía estereotáxica.

CP-90. Mucormicosis. Urgencia diagnóstica y terapéutica

Dr. Juan Soldevilla Cantueso, Dra. M.^a del Carmen Avilés Mora, Dra. M.^a José Pérez Cordobés,

Dr. Pedro Naranjo Bonilla, Dr. José M.^a Gallardo Galera

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

La mucormicosis rinoorbitocerebral (MROC) es una infección oportunista producida por hongos del orden mucorales, potencialmente letal y que afecta a enfermos diabéticos e inmunocomprometidos, siendo la acidosis metabólica y el déficit de función de neutrófilos y monocitos los dos elementos predisponentes fundamentales. La progresión de la enfermedad y la invasión orbitaria y cerebral suceden en tan solo unas horas, lo que determina su extrema gravedad.

Presentamos el caso de un varón de 54 años, diabético, trasplantado de corazón hace 35 días con rechazo agudo del injerto, en tratamiento con corticoides a altas dosis y descompensación diabética e inmunodepresión secundarias. A los 5 días de ingreso presenta quemosis e hiperemia en OD, siendo tratado con tobradex por conjuntivitis adenovírica. A los 3 días blefaroptosis, proptosis, diplopía, oftalmoplejía y disminución de agudeza visual en OD. Ante la sospecha de mucormicosis se comienza con anfotericina B liposomal intravenosa y se biopsian lesiones costrosas negruzcas de fosa nasal derecha y región orbitaria superomedial, informadas como compatibles con mucormicosis y confirmadas en cultivos con aislamiento de *Rhizopus oxyzae*. La tomografía axial computerizada (TAC) de orbitas con contraste revela, aumento de densidad de grasa intraconal medial, afectación de músculos rectos superior y medio con ocupación de fosa nasal, celdillas etmoidales y receso frontoetmoidal derechos. TAC cerebral normal. A las 24 horas se realiza exenteración orbitaria OD. A los 30 días presenta hiperemia y edema palpebral de OS, hemiplejía izquierda y obnubilación, con imágenes en TAC compatibles con infarto cerebral, aumento de ocupación de seno maxilar derecho y afectación de región orbitaria izquierda. El paciente fallece a los 50 días. La

incidencia de MROC ha aumentado en los últimos años, presentando tasas de mortalidad en torno al 80%, dependiendo del grado de inmunodepresión, extensión de la lesión y retraso en la instauración del tratamiento. La extensión orbitaria se asocia a pobre supervivencia, siendo prácticamente nula si hay extensión intracraneal sintomática. El tratamiento de elección es anfotericina B liposomal intravenosa de forma inmediata, asociado a desbridamiento quirúrgico agresivo precoz de los tejidos desvitalizados en función del grado de extensión y el pronóstico esperado. Es preciso realizar un diagnóstico lo más precoz posible, por lo que se debe tener un alto índice de sospecha clínica en pacientes con factores predisponentes.

CP-91. Carcinoma mioepitelial de glándula lagrimal: a propósito de un caso

Dra. Olaia Subira González, Dra. Helena Brosa Morros, Dr. Ferrán Mascaró Zamora, Dra. Maravillas Abia Serrano

Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Presentamos un caso clínico de un paciente, varón de 49 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acudió a nuestro servicio por exoftalmos de ojo izquierdo (Hertel: OD 14 mm/ OI 22 mm), sin otra sintomatología acompañante.

Se realizó un TAC orbitario, que mostraba una lesión extraconal en órbita izquierda de aspecto multilobulado y heterogénea, junto a discreto adelgazamiento óseo a nivel de pared laterosuperior, con orientación diagnóstica de linfangioma orbitario.

Se decidió realizar exéresis simple de la lesión con estudio de Anatomía Patológica. El resultado de la anatomía patológica, informó que se trataba de un carcinoma de células mioepiteliales de bajo grado.

Tras el diagnóstico, se propuso al paciente realizar tratamiento radioterapia coadyuvante, pero éste declinó la propuesta y decidió realizar control anual con realización de pruebas de imagen.

Tras tres años de seguimiento, presentó recidiva local con clara infiltración ósea.

Finalmente, se procedió a realizar exenteración orbitaria OI. Actualmente, se encuentra realizado tratamiento radioterápico (60 Gy), sin signos de reaparición de lesión tumoral.

El carcinoma mioepitelial es un carcinoma de bajo grado de malignidad según la clasificación de la OMS. Afecta a las células mioepiteliales que derivan del neuroectodermo. Se caracteriza por tener un crecimiento lento e indoloro, por lo que puede simular un adenoma pleomorfo (tumor benigno y mucho más frecuente). Este tipo de tumor es realmente infrecuente, según la bibliografía disponible, constituye sólo un 1% de los tumores de glándulas salivales y tan solo se han descrito tan solo 5 casos en glándula lagrimal.

Todas la fuentes consultadas, coinciden en que a pesar de ser clasificado como tumor de bajo grado de malignidad, tiene un alto índice de recurrencias (hasta 37% en glándulas salivales) y formación de metástasis a nivel cervical. Por este motivo, se recomienda cirugía radical y radioterapia posterior en los casos en los que los márgenes quirúrgicos están afectados.

CP-92. Perlas sobre el procedimiento quirúrgico de la exenteración orbitaria

Dra. Olaia Subira González, Dra. Helena Brosa Morros, Dr. Gabriel J. Londoño Rojas, Dr. Ferrán Mascaró Zamora, Dra. Maravillas Abia Serrano

Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Presentamos en imágenes cuales son aquellos pasos quirúrgicos de mayor importancia en la exenteración orbitaria; su importancia a la hora de facilitar la cirugía y su resultado a corto y largo plazo, así como procedimientos a tener en cuenta en el seguimiento post-quirúrgico del paciente.

Varón 88 años con melanoma de coroides yuxtapapilar en ojo izquierdo, en remisión desde el año 2000 tras ser tratado con termoterapia con láser diodo. En 2013 presenta recidiva local del melanoma con extensión extraescleral, por lo que se realiza exenteración orbitaria. Describimos las perlas quirúrgicas de la exenteración orbitaria para facilitar la ejecución de la cirugía y el postoperatorio del paciente.

Entre ellas, destacamos las siguientes:

La importancia de la periosteotomía en la resección de tejidos intraorbitarios, el fresado del reborde orbitario para disminuir la tensión de los tejidos y favorecer el cierre de la herida quirúrgica, la ampliación de la disección del tejido subcutáneo a nivel malar, el uso de «Zplastias», la realización y mantenimiento de presión relativa sobre el lecho de la exenteración para evitar espacios vacíos y la retirada de puntos de forma selectiva según la evolución.

CP-93. Proptosis secundaria a mucopiocele en paciente con descompresión orbitaria por orbitopatía tiroidea

Dra. Rhadaysis Tapia Rivera, Dr. Fernando Rodríguez Álvarez, Dra. Yesica de la Fuente Díez
Hospital Santa Creu I Sant Pau. Barcelona

Presentamos un caso clínico de una paciente de 67 años que acudió a urgencias por tener dolor intenso en la región máxilar derecha que se irradiaba al ojo ipsilateral, y se acompañaba de proptosis del ojo derecho (OD) que impedía el cierre palpebral de 3 días de evolución, precedido por un cuadro gripal 3 días antes. Tiene como antecedente de interés una orbitopatía tiroidea con exoftalmos que requirió tratamiento quirúrgico en 2 ocasiones: una descompresión orbitaria de la pared lateral superficial + lipectomía vía coronal bilateral y una descompresión de la pared inferior vía subciliar y de la pared medial vía endoscópica del OD, esta última 3 meses previo al inicio del cuadro clínico.

En la exploración presentaba una agudeza visual corregida en OD 0.4 y OI 1.0. Un exoftalmos de 27 mm y un lagoftalmos de 15 mm. PIO 32 // 20 mm Hg. Los movimientos extraoculares estaban preservados y no tenía diplopía.

Se realizó un TAC orbitario donde se evidencia una ocupación del seno maxilar derecho que produce efecto de masa sobre la cavidad orbitaria derecha, llegando a contactar el contenido del seno directamente con el recto inferior y obstrucción del meato medio.

A las 24 horas se realizó meatotomía inferior con drenaje del seno maxilar y se mantiene tratamiento EV con augmentine 1 gr cada 8 horas y urbason 20 mg cada 8 horas durante 3 días, seguido de tratamiento oral con augmentine 875 mg cada 8 horas y dacortin 30 mg en pauta descendente durante 7 días. En el postoperatorio inmediato la paciente refiere mejoría importante del dolor, pero persistencia del exoftalmos. Se realizó un TAC control donde se aprecia un drenaje del mucopiocele maxilar que comprime el contenido de la cavidad orbitaria y no se evidencia ningún absceso en la cavidad orbitaria. A la semana de la intervención quirúrgica, el exoftalmos había disminuido 3 mm y el lagoftalmos 8 mm. En los controles en los meses siguientes la paciente se encuentra estable, sin dolor y mejora importante del exoftalmos y el lagoftalmos

CP-94. Cirugía secuencial en orbitopatía de graves con estrabismo restrictivo extremo

Dr. Antonio M. Garrido Hermosilla, Dr. Francisco J. Torres García, Dra. Consuelo Spínola Muñoz, Dr. Rubén A. Ángeles Figueroa
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

La orbitopatía de Graves (OG) se caracteriza clínicamente por la presencia de inflamación de la musculatura ocular extrínseca y de los tejidos blandos orbitarios. Presentamos las pautas de tratamiento quirúrgico de un caso de OG severa con estrabismo restrictivo vertical y horizontal de gran ángulo (>50 DP), agravado tras descompresión orbitaria, discutiendo sus resultados.

Paciente de 34 años de edad con OG, tiroidectomizado y sometido a descompresión orbitaria 3 meses antes, que acude a la consulta de motilidad por empeoramiento de su estrabismo convergente restrictivo tratado previamente mediante inyección bimedial de 7.5 UI de toxina botulínica A (TBA).

Exploración inicial: endotropía de 90 DP con hipotropía de 20 DP fijando el OD, tortícolis con cara hacia la derecha y elevación del mentón.

Se planifica una cirugía secuencial de corrección motora. En la primera intervención se realiza un retroceso bimedial de 7 mm, persistiendo la hipotropía de 20 DP, con endotropía de 45 DP y limitación bilateral de la abducción.

Tres meses más tarde, previa RMN orbitaria que muestra un engrosamiento leve-moderado de los músculos rectos medios e inferiores sin afectación de los músculos rectos laterales, se decide intervenir nuevamente. En esta ocasión se efectúa una resección de 6 mm de ambos rectos externos, recubriendo mediante membrana amniótica, junto con un retroceso de 4 mm del recto inferior de OI y 5 UI de TBA en el recto medio de OI. Exploración tras la segunda intervención: desaparece la diplopía de cerca pero persiste en visión de lejos, hipertropía de 10-12 DP con 4 DP de endotropía fijando el OD y reducción parcial de las limitaciones horizontales.

A los tres meses, dado que el paciente seguía molesto con la diplopía vertical, se adelanta el músculo recto inferior a 2 mm de su inserción, quedando una endotropía residual de 2 DP y desapareciendo la visión doble. La mayoría de los pacientes tiroideos empeora su estrabismo restrictivo tras una descompresión orbitaria,

por lo que es aconsejable una valoración previa para planificar un futuro tratamiento motor.

El manejo quirúrgico de la desviación es más complejo en estos pacientes, necesitando un abordaje multidisciplinar, ya que la orbitopatía se puede reactivar después de la cirugía.

La toxina botulínica A, la cirugía ajustable con suturas no reabsorbibles y la membrana amniótica son técnicas útiles para mejorar los resultados.

El objetivo es conseguir un campo de visión binocular útil para el paciente, eliminando la diplopía y corrigiendo el tortícolis.

CP-95. Lipomatosis Encefalocraneocutánea

*Dr. Álvaro Velázquez Villoria, Dr. Jesús Barrio Barrio, Dr. Alfonso Sabater Gozalvo,
Dr. Manuel Sáenz de Viteri*

Clínica Universidad de Navarra. Pamplona, Navarra

La Lipomatosis Encefalocraneocutánea (LECC) es un síndrome neurocutáneo de aparición extremadamente raro. Se caracteriza por la presencia de lesiones en piel, ojos y sistema nervioso central.

Desde el punto de vista oftalmológico presentan coristomas (dermolipomas o tumores lipodermoides). Además pueden estar presentes otras alteraciones oculares como colobomas palpebrales, alteraciones corneales, aniridia, microftalmia, calcificación del globo ocular o interrupción en el crecimiento de las cejas.

Presentamos un caso de una niña de 6 años que acude a nuestra consulta para valoración por una anomalía hemifacial izquierda con coloboma palpebral izquierdo y oclusión incompleta, dermolipomas bilaterales, microftalmos izquierdo, marcada hipotropía restrictiva de ojo izquierdo, y ptosis en ojo derecho. La RMN cerebral evidencia extensas áreas de lesiones lipomatosas intracerebrales, dermolipoma orbitario izquierdo y aplasia del recto superior izquierdo. El TAC craneal muestra calcificaciones oculares bilaterales, exostosis con fusión a la pared del globo ocular izquierdo y agrandamiento orbitario izquierdo.

Se realiza cirugía para extirpar los dermolipomas en ambos ojos, corregir el estrabismo restrictivo y parético en el ojo izquierdo y corregir la ptosis en ojo derecho. Presentamos los criterios diagnósticos de esta rara enfermedad, las espectaculares imágenes radiológicas de este caso, así como los resultados postoperatorios obtenidos.

Es importante saber reconocer el síndrome LECC para poder llevar a cabo un buen seguimiento de los problemas concomitantes de esta enfermedad como las malformaciones en el SNC o cardíacas, así como realizar un manejo multidisciplinar de estos pacientes.

CP-96. Presentación atípica de un caso de Neurilemoma

*Dra. Raquel Vergés Pujol, Dr. Matías Almena, Dr. Pere Romero, Dra. Mercè Salvat, Dr. Javier Reyes,
Dra. Cristina Blasco, Dra. Sofía de la Riva*

Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus, Tarragona

Mujer de 79 años, portadora de marcapasos, que consulta por tumoración dolorosa en parpado inferior del ojo derecho (OD) de dos semanas de evolución.

A la exploración mostró la presencia de una tumoración móvil y consistente, posterior al reborde orbitario inferior del OD. La AV con corrección era 1 OD y amaurosis OI por ambliopía.

El TC de órbitas demostró la presencia de un nódulo bien delimitado de 15x10 mm, situado a nivel infraorbitario y extraconal, en contacto con el músculo recto inferior i el globo ocular izquierdo, con realce homogéneo.

Se realizó la exéresis completa de la lesión y el análisis anatomopatológico reveló la presencia de un Neurilemoma (Schwannoma). Presentamos el caso de una paciente de 79 años que consultó por una masa dolorosa en el parpado inferior del OD. Esta presentación, no es la habitual del neurilemoma.

Estos tumores, en su mayoría se presentan, como una tumoración silente, de años de evolución, que se evidencian a raíz de un cuadro de proptosis y/o diplopía.

En un principio se orientó el caso como una masa de posible origen inflamatorio. Finalmente, el diagnóstico de confirmación fue histológico.

CP-97. Utilidad de la campimetría en el diagnóstico de los tumores hipofisarios y sus recidivas

Dr. Leandro León Barranco, Dr. José M.^a Vilchez López, Dr. Lorenzo Oña Antolín

Hospital de Sierra del Segura. Jaén

Introducción: El campo visual (CV) continua siendo un elemento diagnóstico de gran utilidad en el diagnóstico de lesiones a distintos niveles de la vía óptica, lo que indirectamente nos orienta en el diagnóstico topográfico de patologías que afectan a estructuras adyacentes de la misma

Es importante saber reconocer el defecto campimétrico ya que en muchas ocasiones es el primer signo de patología cerebral, que si es típico nos puede permitir conocer la localización de lesión, antes de que las pruebas de neuroimagen confirmen la lesión.

Método: Se presenta el caso de una paciente con baja visión de causa no oftalmológica en la que tanto el diagnóstico primario (tumor cerebral hipofisario) como la recidiva de la lesión tumoral se realizaron gracias al estudio campimétrico

Caso Clínico: La paciente fue diagnosticada de tumor hipofisario gracias al estudio campimétrico y el aspecto típico de las lesiones. Una vez realizado el tratamiento quirúrgico se monitoriza a la paciente para control de campo visual, diagnosticándose una nueva recidiva gracias a las alteraciones que se aprecian en la última campimetría realizada .Conclusiones: La campimetría sigue siendo una de las pruebas más asequible e importantes que cualquier oftalmólogo puede realizar para el seguimiento de pacientes con problemas u alteraciones neurológicas que produzcan compromiso de la vía visual.

CP-98. Técnica de enucleación consistente en colocación de injerto dermograso laminar sobre implante de Medpor

Dr. Ricardo Romero Martín, Dra. María Granados Fernández, Dra. Margarita Sánchez Orgaz,

Dr. Álvaro Arbizu Duralde, Dra. Pilar Moliá Clos, Dra. Ananda Castaño Manotas

Hospital Universitario La Paz. Madrid

Presentamos una serie de casos clínicos enucleados por melanoma uveal. Describimos la técnica quirúrgica utilizada para la enucleación, consistente en el recubrimiento de la cara anterior del implante de Medpor con un injerto dermograso laminar. La utilización de un injerto dermograso laminar recubriendo la cara anterior del implante de Medpor es una técnica simple y efectiva de prevenir exposiciones de implante orbitario. Permite además conseguir un mayor volumen orbitario y obtener mayores fondos de saco conjuntivales en caso de retracción conjuntival.

CP-99. Corrección de enoftalmos mediante lipofilling retrobulbar utilizando la técnica de Microfill

Dr. Ricardo Romero Martín, Dr. Álvaro Arbizu Duralde, Dra. María Granados Fernández,

Dra. Margarita Sánchez Orgaz, Dra. Ananda Castaño Manotas

Hospital Universitario La Paz. Madrid

Describimos un procedimiento alternativo para la corrección de enoftalmos consistente en lipofilling retrobulbar, utilizando la técnica de Microfill desarrollada por el laboratorio Sebbin. Presentamos dos pacientes con enoftalmos secundario a cavidad anoftálmica a los que fue aplicado dicho tratamiento. El volumen de grasa inyectado fue de 3.3mL en un paciente y de 4mL en el segundo paciente. En ambos casos se produjo un aumento en la exoftalmometría y una mejoría subjetiva del aspecto estético. Tras un seguimiento mínimo de seis meses no objetivamos signos de reabsorción significativa de la grasa inyectada. El procedimiento fue bien tolerado por los pacientes sin la aparición de complicaciones.

CP-100. Reparación de sd. de surco orbitopalpebral superior con implante de polietileno

Dra. Belén Domínguez García, Dr. Rafael Perea Pérez, Dra. Consuelo Spínola Muñoz, Dra. Sybella Muñoz Schiattino, Dra. María Gessa Sorroche, Dra. M.ª Concepción Díaz Ruiz
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Paciente mujer de 40 años, enucleada debido a glaucoma neovascular, en enero 2013, presentando posteriormente exposición de prótesis, que requirió injerto dermograso cuyo resultado no fue satisfactorio, perdiendo volumen al poco tiempo del mismo, dando lugar a un Sd. del surco orbitopalpebral superior.

Por tanto, se plantearon diferentes soluciones, y se decidió colocar implante de polietileno de alta densidad (Medpor®) en reborde orbitario inferior, a nivel subperióstico. El postoperatorio inmediato, estéticamente, era muy simétrico a la órbita contralateral, dando volumen y proyección anterior a la prótesis ocular de la paciente. Así mismo, el aspecto ptósico del párpado superior se corrigió de inmediato.

Por tanto, ante la refractariedad a diferentes técnicas tan usadas como el injerto dermograso para dar volumen a una cavidad anoftálmica, se deben plantear el uso de nuevas técnicas y materiales como el que usamos en nuestro caso.

CP-101. Gran resultado en la reparación de fractura orbitaria e injerto dermograso en cavidad hundida y ptosis: 2 casos extremos

Dra. Alicia Galindo Ferreiro, Dr. Augusto Velasco E. Cruz, Dra. Sara Toledo, Dra. Patricia Mitiko Akaishi
King Khaled Eye Specialist Hospital. Riyadh, Arabia Saudi

Se presentan 2 casos de enoftalmos con pthisis bulbi pos accidente de tráfico. Los pacientes reclamaban solución cosmética.

Primer paciente de 19 años que hace 3 años tuvo un traumatismo craneo facial con fractura pared lateral, techo, suelo en su parte mas posterior, perforación ojo derecho (OD), simblefaron en parpado superior, hematoma craneal. Fue reparado en un primer tiempo con placa titanio en pared lateral. La TAC, después de la primera cirugía, revelaba fractura de suelo muy posterior, con reparación de la pared lateral con titanio y fractura de techo orbitario nasal. Acudió a nuestro hospital por el defecto estético e incapacidad de portar prótesis por lo que se puso placa de titanio en suelo y pared medial, Medpor de 1,5mm espesor en suelo y pared lateral, evisceración con la técnica de 4 pétalos de OD con implante de un injerto dermograso (IDG) de glúteo izdo.

El segundo paciente de 30 años con orbita hundida y pthisis bulbi OD hace 3 años, pos tráfico. En la TAC se observa una fractura de suelo de mas de 10mm con desplazamiento de su contenido. Se procede a reparación del suelo con placa de titanio y 2 láminas de medpor 1,5mm, evisceración en 2 pétalos esclerales debido e IDG. No cabe duda que la restauración de una órbita a su volumen antes del traumatismo es una tarea muy dificultosa. El mejor tratamiento de las órbitas pos trauma con fracturas de paredes es la prevención con una correcta cirugía en un primer tiempo, pero si tenemos un hundimiento crónico, para reponer volumen, lo que se debe hacer es reparar las fracturas orbitarias con titanio o Medpor y dar más volumen al interior con implantes de cualquier característica. Creemos que el IDG nos aporta ventajas sobre los no autólogos debido a que a la vez de dar volumen podemos aumentar los fornices conjuntivales, que en casos postraumatismo están casi siempre afectos.

CP-102. Microftalmía y anoftalmia congénitas con reconstrucción de cavidad anoftálmica mediante injerto libre de piel retroauricular

Dra. M.ª de la Paz Galván Carrasco, Dra. M.ª Leonor González García, Dra. Aurora del Estad Cabello
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

La anoftalmía y la microftalmía pueden presentarse como defecto aislado o dentro de un síndrome polimalformativo. El factor etiológico más importante son las cromosomopatías, pero también pueden estar relacionadas con embriofetopatías secundarias a infecciones agudas de la madre durante el embarazo

por rubéola o toxoplasma. En los niños, además del problema oftálmico, suponen alteraciones del desarrollo que afectan a otros órganos o sistemas.

Niña recién nacida de 38 semanas de gestación que presentó al nacimiento microftalmia de ojo derecho (OD) y anoftalmia izquierda como hallazgos aislados. Entre sus antecedentes cabe destacar serología de la madre positiva para rubéola y toxoplasma. En la primera exploración oftalmológica presentaba microcornea, aniridia y fondo de ojo de aspecto colobomatoso en OD y anoftalmia izquierda con hendidura palpebral pequeña. En ecografía de OD se detectó defecto de cierre posterior con formación quística en el lugar del nervio óptico.

A los dos años se decidió realizar una reconstrucción de los fondos de saco palpebrales del ojo izquierdo mediante injerto libre de piel retroauricular para poder adaptarle prótesis, ya que antes había sido imposible por el tamaño de la hendidura.

En la actualidad la paciente lleva una vida normal y conserva visión residual con OD que no ha podido ser cuantificada por mala colaboración. La ausencia del globo ocular o su involución, genera una alteración de toda la estructura orbitaria y los anexos, produciendo alteraciones en la simetría facial, en los movimientos oculares, en las posiciones palpebrales y generando deformidades antiestéticas.

En este caso la reconstrucción quirúrgica es necesaria para darle a la paciente la posibilidad de usar una prótesis ocular y permitir el correcto desarrollo de las estructuras orbitarias. Contamos con diferentes tejidos para realizar la reconstrucción, como mucosa labial, dermograso, membrana amniótica y piel, en este caso, piel retroauricular para la creación de un párpado.

CP-103. Linfoma MALT de saco lagrimal tratado mediante excisión quirúrgica y Rituximab intravenoso. A propósito de un caso

Dra. Salomé Abenza Baeza, Dr. Álvaro de Casas Fernández

Hospital de Vinalopó. Elche, Alicante

Varón de 82 años que acude a nuestro servicio por epífora de ojo izquierdo (OI) de meses de evolución. A la exploración se palpa una tumoración en saco lagrimal izquierdo blanda, no dolorosa y sin inflamación de tejidos. La vía lagrimal es no permeable heterorrefluente sin salida de material purulento ni hemático y se decide dacriocistectomía izquierda para envío de saco lagrimal a Anatomía Patológica (AP). Al mes de la intervención y tras buena evolución postquirúrgica nos informan de Linfoma de saco lagrimal de zona marginal extranodal (tipo MALT), CD20+, por lo que se deriva el paciente a la Unidad de Hematología del hospital para estudio de extensión y valoración de tratamiento coadyuvante.

Se realiza estudio sistémico que muestra adenopatías retroperitoneales en el límite alto de la normalidad, por lo que se decide realizar PET-TAC para aclarar resultados en el que no se evidencian lesiones metabólicamente significativas.

La serología para Clamydias, heptaitis C y herpes resulta negativa. El test del Helicobacter Pylori es negativo y en la gastroscopia se observa un esófago de Barret corto. La RMN de órbita tras la cirugía muestra una imagen en zona de saco lagrimal de bordes mal definidos, hiperintensa en T1 y T2 que realza tras contraste intravenoso (IV), por lo que se decide tratamiento con Rituximab IV en monoterapia mensual (6 dosis) con buena tolerancia.

Un año tras el tratamiento el paciente se encuentra estable. El estudio sistémico de control muestra clara regresión de las adenopatías y la RMN orbitaria una imagen de menor tamaño respecto a la previa con una mínima asimetría de tejidos blandos a nivel del canto interno izquierdo y sin criterios morfológicos de progresión ni extensión a regiones adyacentes. Desde el servicio de Hematología y Oftalmología se realizan revisiones cuatrimestrales. Los linfomas orbitarios representan un 5% del total de los linfomas no Hodgkin extranodales y de ellos los tipo MALT son los más frecuente. El linfoma de saco lagrimal es una entidad rara, potencialmente mortal y comúnmente infradiagnosticada ya que los pacientes suelen tardar en consultar al especialista. Por ello ante una masa a nivel de saco lagrimal, aunque la clínica no sea típica, hay que pensar siempre en la posibilidad de una lesión tumoral que obliga a estudios de imagen y de extensión sistémicos y a cambiar la actitud terapéutica si se confirma el diagnóstico.

Aunque durante décadas el tratamiento de elección de los linfomas localizados ha sido la radioterapia y en diseminación sistémica la quimioterapia, los nuevos anticuerpos monoclonales están demostrando su eficacia con menor cantidad de efectos secundarios en casos diseminados. En linfomas con positividad frente a CD20, el Rituximab intravenoso puede ser una buena alternativa.

CP-104. Epitelización del punto lagrimal

Dr. Elena del Fresno Valencia, Dr. Álvaro Bengoa González, Dr. Enrique Mencía Gutiérrez, Dra. M.ª Dolores Hernández Morgado, Dr. José L. Torres Peña
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

El propósito de este trabajo es conocer la etiología y el manejo de la epitelización del punto lagrimal, ya que supone una causa frecuente de epífora.

Revisamos 58 casos de epitelización del punto lagrimal en nuestro hospital en los últimos 4 años y analizamos sus causas y su manejo quirúrgico. De los 58 casos de obstrucción del punto lagrimal analizados en nuestro centro en los últimos 4 años, 19 fueron secundarios a blefaritis crónica (33%), 13 de causa no identificable (23%), 9 en relación con tratamientos tópicos oftálmicos (16%), 6 casos en pacientes con ectropión (10%), 5 debido a infecciones virales (8%), otros 2 por obstrucción directa tumoral (3%), 2 secundarios a tratamientos antineoplásicos (3%), 1 tras radioterapia (2%) y otro tras terapia con radioyodo (2%).

La epitelización del punto lagrimal es una causa de epífora de incidencia y prevalencia no bien conocida (del 8% a más del 50% de las causas de lagrimeo). Sin embargo, representa un hallazgo frecuente en pacientes con blefaritis crónica, así como en aquellos que se encuentran bajo tratamiento tópico con diferentes fármacos o han recibido terapia sistémica con antineoplásicos como los taxanos, entre otras causas.

En nuestro hospital optamos por el abordaje quirúrgico con implante de un tapón perforado, aunque existen múltiples técnicas destinadas a la repermeabilización del punto lagrimal.

Por lo anteriormente expuesto, es importante tener presente la epitelización del punto lagrimal en el diagnóstico diferencial del lagrimeo crónico, dado que se trata de una causa frecuente de epífora en pacientes con otras patologías oftalmológicas, como la blefaritis crónica, o bajo determinados tratamientos tópicos oculares.

CP-105. Controversias en el manejo de la litiasis canalicular primaria

Dr. José J. San Román Llorens, Dr. Ignacio Genol Saavedra, Dra. Raquel Lapuente Monjas, Dra. Araceli Nogueira Goriba, Dr. Fredy Ruiz Aimituma, Dr. Nicolás Toledano Fernández
Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

Discutir las características clínicas, los métodos diagnósticos así como las distintas opciones existentes en el manejo de las canaliculitis primarias litiasicas.

Presentamos el caso clínico de una mujer de 56 años con conjuntivitis de repetición en ambos ojos como consecuencia de una canaliculitis primaria de un mes y medio de evolución. A partir de este caso realizamos una revisión sistemática en la bibliografía médica para plantear las controversias existentes tanto en su diagnóstico como en su tratamiento. Se realiza intervención quirúrgica mediante canaliculotomía inferior bilateral con extracción de concreciones cálcicas intracaniculares más reconstrucción del canaliculo mediante la colocación de un set de intubación tipo Mini-monoka®. El cultivo resultó positivo para *Streptococcus* sp. y *Actinomyces odontolyticus* siendo la evolución postoperatoria satisfactoria. Discutiremos apoyados en los resultados bibliográficos la utilidad de pruebas diagnósticas de imagen, rentabilidad de los cultivos microbiológicos así como las dificultades en el manejo, en especial la necesidad de irrigación canalicular con antibióticos previos a la cirugía y la indicación de implantar sondas canaliculares.

CP-106. Importancia de la biopsia en las lesiones de la glándula lagrimal

Dr. Gianluca Fatti, Dra. Marta Calsina Prat, Dra. Ana Martínez Palmer, Dr. Daniel Martín Moral
Hospital de l'Esperança, Parc de Salut Mar. Barcelona

El linfoma de anejos oculares representa el tumor maligno más frecuente de los párpados, conjuntiva, glándula lagrimal y tejidos blandos orbitarios, representando el 8% de todos los tumores diagnosticados en estas áreas. La mayoría son lesiones de células B No-Hodking extra nodales. Pueden ser solitarias o multicéntricas, localizadas o sistémicas. Presentamos dos casos clínico de pacientes con sospecha de linfoma de anexos oculares.

Caso 1: Mujer de 52 años remitida al servicio de Dermatología por edema palpebral de 8 meses de evolución. Se biopsia cutánea sin resultado concluyentes. A la exploración oftalmológica se evidenció edema palpebral superotemporal indoloro, ptosis en S-shape. No se evidenciaron alteración de la motilidad ocular ni exoftalmo. Agudeza visual de 1 en ambos ojos y la restante exploración oftalmológica resultó anodina. En la resonancia magnética se observó un aumento de tamaño de la glándula lagrimal.

Caso 2: Una mujer de 77 años, tratada con quimioterapia (6 ciclos) por un linfoma del manto indolente hace 2 años con respuesta radiológica completa, que acude por presentar tumoración nodular supero-externa orbitaria derecha indolora, inicialmente orientada como conjuntivitis. A la exploración se evidenciaba ptosis y leve proptosis sin alteración de la motilidad ocular. Agudeza visual de 1 en ojo derecho y 0.9 en ojo izquierdo. Desprendimiento de vítreo posterior en ambos ojos. Restante exploración sin alteraciones destacables. La ecografía mostró una lesión nodular hipervascularizada de 3 cm de diámetro mayor. PAAF no concluyente. Se inició tratamiento con Rituximab y Clorambucilo, orientando el caso como posible recidiva de linfoma del manto, con mínima respuesta clínica. Se realizó un TC que mostró nódulo hipercaptante orbitario derecho con probable infiltración del músculo recto lateral. Se realizó en ambos casos biopsia diagnóstica.

Macroscópicamente la muestra del caso 1 era de morfología irregular, coloración rosada y consistencia blanda, a diferencia de la muestra del caso 2 que se presentaba de morfología irregular, color blanquecino, superficie brillante y consistencia dura.

En ambas se halló una proliferación linfoide, demostrándose en el estudio inmunohistoquímico expresión de:

Caso 1: CD79a+, CD20+, BCL-6+ (focal en algunas células), CD3-, CD10-, CD43-, CD23-, CD5-, Ciclina D1-. Índice de expresión de Ki67 inferior al 10%. No se demostró patrón clonal en el estudio de los genes que codifican para las cadenas pesadas de las inmunoglobulinas.

Caso 2: CD79a+, CD20+, CD43+, CD5+, Ciclina-D1+, CD3-, CD23-, PCR patrón clonal en los genes que codifican para las cadenas pesadas de las inmunoglobulinas. Se demostró traslocación t (11;14). El diagnóstico definitivo fue de hiperplasia linfoide atípica en el caso 1 y recidiva de linfoma del manto con afectación orbitaria en el caso 2.

En cuanto al diagnóstico diferencial de las lesiones intrínsecas ocupantes de espacio de la fosa lagrimal existen tres categorías principales con éste orden de frecuencia: neoplasias (benignas, malignas, lesiones linfoproliferativas primarias, inflamación (enfermedad inflamatoria orbitaria idiopática, sarcoidosis, Wegener) y lesiones estructurales (quistes dermoides).

En resumen la presentación clínica parece guiar solo en parte hacia una sospecha de malignidad. Los antecedentes pueden reforzar la sospecha diagnóstica y las pruebas de imagen complementarias resultan útiles en muchos casos sin llegar a ser diagnósticas. Lo que queremos subrayar es la imprescindibleidad de la biopsia para confirmar el diagnóstico y elegir el tratamiento más adecuado en las lesiones de la glándula lagrimal.

CP-107. De la consulta al quirófano: protocolo en OVL adquirida

Dr. Antonio M. Garrido Hermosilla, Dra. M.ª Concepción Díaz Ruiz,

Dr. Rubén A. Ángeles Figueroa

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

El presente trabajo pretende describir el manejo diagnóstico-terapéutico de la obstrucción de vía lagrimal que se realiza en la Unidad de Dacriología del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla).

Se presenta un esquema visual a gran escala de la vía lagrimal en su totalidad, indicándose en cada región la actitud diagnóstica y terapéutica a seguir en caso de obstrucción, según los protocolos de actuación de nuestra Unidad.

Con esta representación gráfica pretendemos explicar de manera original, aunque no por ello menos rigurosa, las claves básicas para manejar los diferentes tipos de obstrucción de vía lagrimal en un hospital de tercer nivel, desde que el paciente llega a la consulta por primera vez hasta que sale del quirófano. El manejo adecuado de las obstrucciones de vía lagrimal es esencial en cualquier Servicio de Oftalmología que se preste, dado el elevado número de casos que se atienden a diario.

En este sentido, estamos convencidos de que contar con un esquema mental bien estructurado de la entidad que aquí se aborda, permitirá:

- Identificar correctamente la localización de la obstrucción de la vía lagrimal y orientar el procedimiento terapéutico.
- Planificar de forma adecuada las diferentes técnicas quirúrgicas, a fin de optimizar el manejo de las obstrucciones de vía lagrimal, beneficiando tanto al facultativo en su práctica diaria como al paciente que acude buscando una solución a su problema.

CP-108. Síndrome de Mikulicz en el contexto de tuberculosis latente

Dra. Ana Hervás Ontiveros, Dra. Angélica de Freytas Rodríguez, Dra. M.ª Ángeles Bort Martí,

Dr. Ángel Cisneros Lanuza, Dr. Enrique España Gregori

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

El síndrome de Mikulicz es un trastorno inflamatorio, benigno y crónico caracterizado por una tumefacción bilateral simétrica e indolora de las glándulas lagrimales y salivares. Su causa es desconocida aunque se considera una variedad del Síndrome de Sjögren primario. Ocurre como complicación de enfermedades como linfoma, leucemia, sarcoidosis o tuberculosis.

Presentamos el caso de un varón de 34 años procedente de Senegal sin antecedentes de interés con historia de exoftalmos derecho dependiente de la región supraorbitaria derecha acompañado de ptosis y limitación en todos los movimientos oculares excepto en la abducción de 3 meses de evolución. No presentaba xeroftalmía ni xerostomía. La RM evidenció un aumento de tamaño de inflamatorio infiltrativo de ambas glándulas lagrimales con una infiltración del seno cavernoso derecho. Un Mantoux reveló una infección tuberculosa latente con negatividad en el resto de exploraciones complementarias. La biopsia de glándula lagrimal confirmó un infiltrado linfocitario focal con fibrosis compatible con un Síndrome de Mikulicz/ Sjögren. Ante este diagnóstico se decidió tratamiento mediante prednisolona y profilaxis tuberculosa mediante isoniazida, con mejoría de las lesiones después de 50 días de tratamiento.

El Síndrome de Mikulicz aunque es una entidad de muy baja frecuencia, debe ser tenida en cuenta dentro del diagnóstico diferencial de las patologías que afectan las glándulas lagrimales y salivares. Aunque su fisiopatología no es bien conocida, la buena respuesta a los corticoides - como en el caso de nuestro paciente - los convierte en el tratamiento de elección con una mejora importante de la sintomatología.

CP-109. Recidiva de melanoma de saco lagrimal

Dra. Sybella Muñoz Schiattino, Dr. Rafael Perea Pérez, Dra. Consuelo Spínola Muñoz,

Dra. Belén Domínguez García, Dra. Concepción Díaz Ruiz, Dra. María Gessa Sorroche,

Dr. J. González García

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Paciente varón de 80 años de edad, que nos llega derivado de otro centro por biopsia positiva para melanoma de saco lagrimal sin metástasis a distancia (21 casos publicados a nivel mundial). Se decidió por parte de la comisión de melanoma de nuestro centro cirugía programada para extirpación completa del mismo (dacriocistectomía ampliada izquierda + reconstrucción con colgajo glabellar).

En la revisión al mes de la cirugía presentaba buen aspecto macroscópico. Sin embargo, semanas después su centro de referencia nos volvió a derivar al paciente por biopsia intranasal positiva para melanoma (recidiva), afectando a ductus y seno maxilar.

Las pruebas complementarias dictaminan ausencia de metástasis a distancia de nuevo, por lo que se plantea exenteración, a la espera de la decisión del paciente. A pesar de la escasa frecuencia de los tumores de saco lagrimal, es una opción diagnóstica siempre a tener cuenta debido a la gravedad del proceso.

Es importante biopsiar todo aquel proceso que sugiera duda diagnóstica.

Ante una recidiva de melanoma en general (y en concreto de saco lagrimal), es clave el estudio de extensión que descarte presencia de metástasis a distancia. Para ello, es muy útil el uso de TAC corporal, haciendo hincapié en el estudio hepático (TAC, ecografía y biopsia si precisara).

En el caso de ausencia metastásica y debido a la agresividad del melanoma, se debe plantear cirugía radical (exenteración), si el estado y decisión del paciente lo permiten.

CP-110. Descartar ambliopía en niños con obstrucción congénita del conducto lagrimal

Dr. Ahmed Salem, Dra. Alicia Galindo Ferreiro, Dra. Sara Toledo, Dr. Arif Khan,

Dra. Patricia Mitiko Akaiishi, Dr. Augusto Velasco E. Cruz

King Khaled Eye Specialist Hospital. Riyadh, Arabia Saudi

Detectar la asociación entre obstrucción nasolagrimal congénita y ambliopía en la Península Arábiga en 9 años de estudio retrospectivo de todos los niños que acudían con OCNL desde Enero 2001 hasta Enero 2010. Se definió ambliopía después de una correcta exploración bajo ciclopejía como la diferencia de agudeza visual (AV) de 2 o más líneas de E Snellen o $< 20/30$ en cada ojo. Fueron revisados un total de 467 historias con diagnóstico de obstrucción congénita del conducto nasolagrimal. Descartamos aquellas historias que carecían de exploración completa bajo ciclopejía (361).

106 (22.7%) tenían una exploración completa con ciclopejía (edad media de presentación 24 meses, rango 1-96 meses) y obtuvimos que 47 (44.3%) tenían ambliopía.

Dentro de los 47 ambliopes, en 23 niños (48.9%) se asociaba con otras patologías congénitas y los 24 restantes (51.1%) la ambliopía era de causa refractiva. La prevalencia de ambliopía refractiva en nuestro grupo de 106 niños con OCNL era de 22.6%.

De los 24 niños con ambliopía refractiva y OCNL, 20 (83.3%) tenían OCNL unilateral y 4 (16.6%) bilateral.

De los OCNL unilaterales 16 (80%) tenía ambliopía del mismo lado, 2 (10%) contralateral y 2 (10%) bilateral.

Destacar la mayor prevalencia de ambliopía y OCNL en niños en la población de la Península Arábiga. Este porcentaje es mucho mayor que el reportado de amblyopia total a nivel mundial (1.85%) y en UK (3.6%). Por esta razón debemos realizar siempre una correcta exploración bajo ciclopejía en todos los niños con obstrucción congénita del conducto lagrimal para descartar ambliopía. La causa más frecuente de ambliopía en OCNL es la refractiva.

Jueves, 5**15:30 h. CV-01. Síndrome de blefarofimosis: manejo quirúrgico en un solo tiempo***Dra. Itziar Coloma González, Dr. Ariel Ceriotto, Dr. Guillermo Salcedo Casillas*

Hospital Dr. Luis Sánchez Bulnes, Asociación para Evitar la Ceguera en México I.A.P. México

Se presenta el caso de una niña con síndrome de blefarofimosis así como la técnica quirúrgica elegida para corrección, en un solo tiempo, de la ptosis palpebral y epicanto asociados. Aunque muchos casos de blefarofimosis pueden ser susceptibles a observación, existen otros en los que el grado de ptosis es tal que no permite un adecuado desarrollo del sistema visual. Por lo que, son candidatos a una corrección quirúrgica de dicha ptosis. En cuanto al manejo conjunto, previo o diferido del apicanto existe una gran controversia. Nosotros preferimos hacer un manejo integral de cada caso en el mismo acto quirúrgico, corrigiendo todas las alteraciones palpebrales que se consideren necesarias: ptosis y/o epicanto.

15:35 h. CV-02. Técnica de la línea blanca para la cirugía de ptosis palpebral*Dra. María García Zamora, Dr. Ignacio Genol Saavedra*

Hospital Universitario Quirón. Madrid

Describiremos las características técnicas de la cirugía de ptosis palpebral mínimamente invasiva mediante la reinserción de la aponeurosis del músculo elevador a través de un abordaje transconjuntival. Discutiremos ventajas e inconvenientes así como el prototipo de paciente más adecuado para indicar esta técnica. Es un procedimiento rápido, fácil y seguro. Permite una recuperación cómoda y temprana. Ideal en pacientes con buena función del elevador, sin un complejo surco-pliegue demasiado atenuado y ascendido, y que no presenten dermatochalasis.

15:40 h. CV-03. ANULADO**15:45 h. CV-04. Reparación de ectropión tarsal de párpado inferior utilizando el clamp de Putterman***Dra. Sonsoles Lafuente Ortiz, Dr. Ángel Arteaga Sánchez, Dra. Teresa Vozmediano Serrano, Dra. Jessica Palomares Fernández*

Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

Esta técnica está indicada en aquellos ectropiones grado IV o tarsales en los que la eversion del margen palpebral es máxima.

En este caso la gran laxitud de la fascia capsulopalpebral está implicada y el músculo orbicular domina sobre la acción de la primera produciendo esa gran eversion, ayudado por la laxitud tarsoligamentosa.

Por tanto solo con tensado del calateral (Catoplastia-Tira Tarsal Lateral) no es siempre suficiente para colocar el párpado en posición. Hace falta corregir esa gran laxitud de retractores y recortar la conjuntiva enrojecida queratinizada que a veces tienen los pacientes.

Habitualmente se dan unos puntos eversores que incluyen retractores y conjuntiva en bloque.

Con esta técnica conseguimos de una forma menos cruenta y cómoda una replicación a cielo cerrado, similar a la conjuntivomullerectomía del párpado superior.

Bajo anestesia local del canto lateral y conjuntiva inferior con solución tamponada de lido al 2% Adr y BBNa, se coloca el clamp de Putterman que atrapa conjuntiva y retractores en bloque desde el margen inferior del tarso. No debemos llegar hasta el fornix para no producir acortamientos, simplemente con 5-6 mm es suficiente. Comprobamos que con esta maniobra la lámina anterior no se queda atrapada por el clamp (piel y orbicular) y que el párpado inferior ya se verticaliza.

Una vez clampado, comenzamos a pasar un prolene de 5 o 6/0 desde la piel, a unos 5-6 mm del margen, para que pase por debajo del clamp, y desde allí pasamos en cadena el prolene por debajo del clamp sin externalizar a piel, es decir de conjuntiva a conjuntiva, hasta llegar al final de la pinza, donde por fin sacamos a piel la aguja. Una vez pasada toda la sutura, traccionamos un poco de la misma y del clamp hacia arriba, de esta manera ponemos en tensión el tejido clampado. A continuación con un bisturí del 11 comenzamos a cortar dicho tejido a ras de la pinza respetando la sutura. Al final retiramos la pinza con el tejido recortado de conjuntiva y retractores y permanece la sutura de prolene que aproxima los bordes de la excisión. Anudamos en piel los dos extremos y los dejamos 10 días. Después se tira de un extremo y se extrae la sutura.

Está técnica siempre ha de ir acompañada de una cantoplastia. Por si sola no es suficiente para corregir completamente un ectropion de esas características. Esta técnica es más cómoda, menos cruenta, produce menos inflamación y no dejamos puntos internos ni roces con córnea.

Es fácilmente reproducible y consigue reparar de manera adecuada los ectropiones grado IV.

15:50 h. CV-05. Corrección del entropion cicatricial de párpado superior

Dra. M.^a Luisa Luque Valentín-Fernández, Dr. Nicolás López Ferrando, Dra. Luisa Sastre,

Dra. Lisa Vélez

Hospital El Escorial. Madrid

Se presenta el caso de una paciente con un entropion cicatricial de párpado superior de larga evolución y distriquisis asociada, debido al cual ha desarrollado leucomas corneales que comprometen gravemente la visión y dolor crónico debido al roce constante de las pestañas. El video muestra una manera sencilla de abordar estos casos complejos, rotando el borde libre para alejar de la superficie ocular las pestañas. El resultado funcional de esta cirugía es óptimo, ya que evita las erosiones debidas a las pestañas tanto triquiásicas como distriquiásicas, eliminando el dolor y previniendo nuevas erosiones. El resultado estético es adecuado, aunque la rotación del borde libre se hace evidente en el postoperatorio.

15:55 h. CV-06. Suspensión al frontal con PTFE-Ptose up® como tratamiento de la ptosis miógena

Dr. Jorge Rivera Salazar, Dr. Javier Gálvez Martínez, Dr. José Juan Valdés González,

Dra. Carmen Ispa Callén, Dr. Edgar J. Infantes Molina, Dr. Fernando González del Valle

Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real

Presentamos un paciente de 71 años con oftalmoplegia externa progresiva, a lo largo de 20 años recibió distintos tratamientos quirúrgicos de la ptosis miógena: técnica de Fasanella-Servat, resección del elevador y finalmente suspensión en cabestrillo al frontal.

La técnica quirúrgica utilizada es la del pentágono de Fox modificada, utilizando una banda de politetrafluoroetileno expandido de 3 mm Ptose-up® (FSI-ophthalmics). Se marcan tres incisiones horizontales distribuidas en pentágono, dos incisiones a 3 mm del borde libre a la altura donde se sitúa el limbo corneal en posición primaria, dos laterales justo por encima de la ceja y otra central más alta. Las incisiones del párpado llegan a tarso y las superiores justo encima de periostio. Con aguja de Wright se pasa la banda de politetrafluoroetileno Ptose up®. Se dan puntos en tarso para evitar un posible desplazamiento de la banda. Traccionamos desde el punto central, anudando la banda a la altura que nos interesa en este caso por encima de la pupila, aseguramos que el nudo no se desplace con un punto lazo en el nudo. Se suturan las incisiones de ceja, las de párpado no se suturan. El objetivo es permitir que el área pupilar quede libre en posición primaria, que en este caso se ha conseguido. El material empleado de politetrafluoroetileno tiene cierta firmeza y elasticidad que lo hacen adecuado para este fin, presenta una baja tasa de recurrencia de la ptosis. El tratamiento de la ptosis miógena es controvertido por la posibilidad de lagofthalmos y alta tasa de recidiva. Hace algunos años que se demostró que la suspensión en cabestrillo al frontal es superior a la resección del elevador, no solo por la escasa función del elevador, sino sobre todo porque por la ausencia de fenómeno de Bell se acompaña de úlceras corneales por exposición.

16:00 h. CV-07. Manejo de ectropión cicatricial asociado a un síndrome de floppy superior con desinserción cantal bilateral, en el contexto de una eritrodermia ictiosiforme

Dr. Ángel Arteaga Sánchez, Dra. Teresa Vozmediano Serrano, Dra. Jessica Palomares Fernández

Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

La eritrodermia ictiosiforme se debe a un trastorno en el proceso de queratinización que produce un estado de eritema y descamación persistente, pudiendo ser una patología exclusivamente cutánea o tratarse de un cuadro multisistémico más severo. La aparición de ectropión cicatricial es frecuente y su manejo no siempre resulta sencillo.

En el vídeo que se presenta, se puede observar el importante ectropión cicatricial del margen en ambos ojos que presenta el paciente, además de una ptosis de párpados superiores, floppy importante, simbléfaron temporal-inferior en ojo derecho, desinserción de cantos de los cuatro párpados y hernias grasas de los mismos. Con todo ello el parpadeo resulta ineficaz.

Se planea un colgajo superior miocutáneo, previa liberación de la fibrosis de la lámina anterior del párpado inferior. Se realiza una incisión inferior a 4mm del margen, realizando una disección amplia con eliminación parcial de bolsa grasa. Se talla a continuación el colgajo del párpado superior preseptal, trasladándose al lecho inferior, y procediendo entonces a la eliminación del simbléfaron. Se continúa con la doble cantoplastia, primero superior, realizando un ajuste mediante tarsectomía, y después inferior, anclando en ambos casos el párpado a la cara interna del reborde orbitario con prolene de 5/0 doblemente armado. Se unen ambos párpados en canto externo con vicryl de 5/0. Es en este momento cuando se realiza la extirpación conservadora de las bolsas grasas superiores, sin ajuste del elevador en este primer tiempo, dado que la cantoplastia por sí misma puede modificar, e incluso mejorar la ptosis palpebral. Así, ésta se evaluará posteriormente para valorar la necesidad o no de cirugía en un segundo tiempo.

Por último se procede a la sutura de la piel con seda de 6/0, realizando previamente algo de disección suborbicular para permitir mayor aproximación de los bordes de la herida quirúrgica sin producir tracción. Como profilaxis se pautó antibioterapia oral durante 7 días, además de antiinflamatorios no esteroideos sistémicos. Al mes de la cirugía, se aprecia ya corrección de gran parte del ectropión, el floppy y las hernias grasas, así como parte de su ptosis, dando lugar a un párpado estable con parpadeo eficaz que redonda en una mejor superficie ocular. Dejamos la corrección de la ptosis para un segundo paso, dado que el ajuste bicantal puede afectar a la posición del párpado superior.

En este tipo de pacientes con una complejidad considerable, se espera un postoperatorio largo y tormentoso hasta ver los resultados finales, que en muchos casos pueden ser solamente discretos.

16:05 h. CV-08. Reconstrucción tumoración de párpado superior, canto interno y párpado inferior

Dra. Elena Pérez Díez, Dr. José A. Toribio García, Dra. Bárbara Martín Escuer,

Dr. Felipe Costales Mier

Complejo Asistencial Universitario de León. León

Paciente varón de 86 años que acudió por lesión en párpado inferior derecho de 6 meses de evolución. Antecedentes personales: sin interés. A la exploración se observaba lesión infiltrativa-ulcerativa que afectaba a la mitad medial de párpado inferior, canto medial e invadía conjuntiva en profundidad hacia fondo de saco inferior y canto medial. Se decidió extirpación mediante cirugía de Mohs (Servicio de dermatología) debido a la localización e invasión en profundidad de límites imprecisos. Requirió dos etapas, una de 2,5x1,5 cm y una segunda de 2,5x0,7cm, resultando un carcinoma basocelular esclerodermiforme, totalmente extirpado. Tras la resección completa del tumor reconstruimos un defecto de gran tamaño que afecta a párpado superior, canto interno y la totalidad de párpado inferior. (Vídeo Cirugía) Para la reconstrucción de lamela posterior realizamos dos colgajos de periostio de pared medial orbitaria, uno para párpado superior y otro para el inferior. A continuación injerto de tarsoconjuntiva de párpado superior contralateral y colgajo de Tenzel para completar el cierre del párpado inferior. Para reconstrucción de la lamela anterior, utilizamos un colgajo miocutáneo del párpado superior del mismo lado. El resultado estético y funcional fue satisfactorio. Los colgajos de periostio son una técnica muy útil para realizar anclaje palpebral en casos en los que no existe tejido cantal o nivel lateral o medial, siempre que dispongamos de periostio sano. También son una buena técnica para aportar lamela posterior, en defectos de tamaño pequeño/ medio por sí solos y en los de gran tamaño permitiéndonos obtención de injertos más pequeños al ser combinados con dicho periostio.

16:10 h. CV-09. Fístula de líquido cefalorraquídeo en cirugía de exenteración orbitaria: manejo intraoperatorio

Dra. Belén Domínguez García, Dra. Consuelo Spínola Muñoz, Dra. María Gessa Sorroche, Dra. Sybella Muñoz Schiattino, Dr. Rafael Perea Pérez, Dra. M.ª Concepción Díaz Ruiz
Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Procedimiento quirúrgico

Bajo anestesia general se realiza:

Cantotomía lateral y suturas de tracción a nivel de márgenes palpebrales

Incisión a nivel periorbitario hasta acceder a a periostio

Separación de periostio con periostotomo

Freer

Corte a nivel de ápex orbitario y extracción del contenido de la órbita

Sutura de párpados

Incidencias intraoperatorias

Erosión del suelo orbitario con protusión de tejido graso desde seno maxilar (posible fractura del suelo de la órbita por aumento del contenido orbitario, que no supone infiltración tumoral directa)

Salida de LCR a la manipulación en ápex orbitario: Origen probable

Infiltración tumoral del nervio óptico (Estudios de imagen negativos)

Meningocele de nervio óptico Manejo intraoperatorio de fístula de LCR

Tachosil: esponja medicamentosa de colágeno con una capa seca en superficie constituida a base de fibrinógeno y trombina humana. Permitió frenar el flujo de LCR y manipular a nivel de ápex orbitario.

BioGlue: adhesivo quirúrgico integrado por dos componentes, albúmina purificada de suero bovino y glutaraldehído. Favoreció el sellado definitivo de la fístula.

16:15 h. CV-10. Combinación de cirugía endoscópica funcional del seno y reconstrucción orbitaria en paciente con síndrome del seno silencioso

Dra. Marta García Vilaró, Dr. Jimmy Uddin, Dr. Memo Manisali, Dra. Abad Toma
Moorfields Eye Hospital. Londres. Reino Unido

El Síndrome del Seno Silencioso (SSS) es una condición clínica infrecuente caracterizada por enoftalmos progresivos e hipoglobos secundarios al colapso del seno maxilar y del suelo orbitario. La afectación del seno etmoidal y frontal en esta entidad es muy rara. El SSS fue descrito por primera vez por Soparkar en 1994.

El objetivo de nuestra presentación es mostrar un caso de SSS con afectación del seno maxilar, etmoidal y frontal mediante bien documentadas fotografías pre y postoperatorias, tomografía computerizada orbitaria y vídeo de la cirugía combinada endoscópica y reconstrucción orbitaria.

Una mujer de 47 años consulta por asimetría facial progresiva y ojo izquierdo de menor tamaño de 3 meses de evolución. La exploración demuestra 4 mm de enoftalmos izquierdo relativo y 2 mm de hipoglobo. En el TAC orbitario se observa opacificación del seno maxilar, etmoidal y frontal con colapso del seno maxilar y del seno etmoidal. El suelo de la órbita es anormalmente convexo hacia el seno maxilar. La pared media de la órbita está desplazada medialmente, el septo nasal está desplazado hacia el lado afecto y el seno etmoidal es de menor tamaño que el lado derecho.

La paciente fue tratada mediante la combinación de cirugía funcional endoscópica del seno y reconstrucción orbitaria. La rinoscopia mostró un cornete medio delgado y lateralizado obstruyendo el meato medio izquierdo. Se procedió con uncinectomía izquierda, antrostomía del meato medio y etmoidectomía. El seno frontal fue drenado endoscópicamente mediante un balón de senoplastia. La reconstrucción orbitaria consistió en la colocación de una placa de medpor en el suelo orbitario fijado con un tornillo de titanio mediante un abordaje transconjuntival. El hueso de la pared orbitaria lateral y media se encontró anormalmente adelgazado. Un segundo implante de medpor se colocó en la pared lateral orbitaria para mejorar la proyección del globo ocular.

Las fotografías postoperatorias con 6 meses de seguimiento demuestran corrección de los enoftalmos y mejoría de la simetría facial. El Síndrome del Seno Silencioso es una entidad clínica rara caracterizada por enoftalmos insidiosos e indoloros. El tratamiento consiste en cirugía funcional endoscópica del seno para restaurar la ventilación normal del seno y cirugía del suelo orbitario para corregir el enoftalmos (conjuntamente o en

un segundo tiempo). La principal ventaja del tratamiento combinado es la posibilidad de solucionar el problema en un solo tiempo quirúrgico mejorando la satisfacción del paciente.

16:20 h. CV-11. Extirpación de linfangioma asistida mediante sellador de fibrina (Tissucol®)

Dr. Diego Losada Bayo, Dra. Elisa Pérez Ramos

Hospital Rey Juan Carlos. Madrid

Varón de 3 años de edad que presenta un tumor palpebral superior derecho con componente retroseptal compatible con linfangioma. El tumor induce ambliopía del ojo derecho por ptosis mecánica que afecta al eje visual así como por la aparición de 4 dioptrías de astigmatismo.

En el tratamiento de los linfangiomas se pueden emplear diversas sustancias esclerosantes o cirugía. El hecho de que los linfangiomas no estén encapsulados, que estén formados por finos vasos endoteliales, que se colapsan fácilmente al ser romperse y que pueden sangrar, hacen de su cirugía un procedimiento bastante difícil. Para facilitar la cirugía se optó por aspirar el contenido líquido del tumor mediante una aguja de 21G y sin extraer la aguja, inyectar sellador de fibrina (tissucol®) dentro de los friables quistes del linfangioma. Con esta maniobra conseguimos que el tumor se convierta en una estructura sólida, más fácil de diseccionar y de extirpar, así como mejoramos la hemostasia. El abordaje del tumor se realizó a través de una incisión en surco de piel y orbicular y desinserción del elevador del párpado superior. Gracias a la inyección del tissucol la disección del tumor se llevó a cabo fácilmente y sin complicaciones. Posteriormente se reinsertó la aponeurosis del elevador del párpado superior y se cierra orbicular y piel dejando un drenaje. Concluimos pues, que la inyección de sellador de fibrina intralesional puede ayudar en la extirpación de linfangiomas orbitarios.

16:25-16:30 h. **Discusión**

Viernes, 6

16:00 h. CV-12. Fractura de suelo orbitario. Reducción y reconstrucción con injerto de cráneo-pericráneo

Dr. Marco Sales Sanz, Dra. Ana R. Albandea Jiménez, Dr. Francisco J. González García,

Dra. Hae-Ryung Won Kim

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Se presenta un video de una fractura orbitaria en trampilla, reducida por un abordaje transconjuntival sin cantotomía, y reconstruida con injerto de cráneo-pericráneo. Se consigue un abordaje adecuado a la fractura, con resolución del atrapamiento muscular, y con reconstrucción con material autólogo.

16:05 h. CV-13. Extracción «fácil» de adenoma de glándula lagrimal

Dr. J. Álvaro Toribio García, Dra. Elena Pérez Díez

Complejo Asistencial Universitario de León. León

El adenoma pleomórfico de glándula lagrimal es el tumor primario de glándula lagrimal más frecuente y uno de los tumores primarios más frecuentes en el espacio extraconal supero-externo. Su lento crecimiento puede hacer que alcancen tamaños considerables, resultando su extracción un reto para el orbitólogo novel.

Además, por sus características histológicas, estos tumores deben ser resecaos completamente, evitando la realización de biopsias o resecciones parciales. El abordaje habitual se realiza por el pliegue palpebral superior, realizando una orbitotomía anterior, siendo excepcional la necesidad de recurrir a una orbitotomía lateral. En el caso de nuestro paciente, al tratarse de una lesión de tamaño medio, de 26 x 16 x 15 mm, se realizó una orbitotomía anterior, pero ayudada por el fresado de 3 mm del reborde óseo superior, lo que permitió una mejor visualización y facilitó la extracción en bloque de la lesión. Tras la intervención el paciente mejoró su hipotropía, conservó su agudeza visual en la unidad y tanto la cicatriz en el surco palpebral como el fresado óseo resultaron inaparentes.

16:10 h. CV-14. Implante de medpor subperióstico para el manejo de síndrome anoftálmico

Dr. Diego Losada Bayo, Dra. Elisa Pérez Ramos

Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid

Paciente que presenta cavidad anoftálmica con enoftalmos y aumento marcado del surco palpebral superior. La paciente fue enucleada a los 6 meses de edad sin que se realizara en ese momento implante orbitario alguno, por lo que la órbita es hipoplásica. Para tratar el déficit de volumen orbitario a la paciente se le realizó ya en edad adulta un injerto dermo-graso orbitario, así como otro injerto dermo-graso en surco superior. Este segundo injerto sufrió una reabsorción progresiva.

Ante esta situación se plantea a la paciente un implante de medpor subperióstico mediante un abordaje transconjuntival. Bajo anestesia general se procede a realizar una incisión conjuntival subtarsal, cantotomía y cantolisis. Se realiza una disección preseptal hasta llegar al reborde orbitario donde se incide la periórbita. Se eleva el periostio del suero orbitario creando el espacio necesario para insertar varios fragmentos de medpor de 1 mm de grosor. Durante la cirugía se comprueba que el volumen conseguido es el adecuado usando la epiprótisis de la paciente esterilizada previamente. Se cierra la periórbita mediante puntos sueltos reabsorbibles. Se ancla nuevamente el párpado al reborde orbitario lateral y se rehace el canto externo. Tras la cirugía la paciente presentó parestesias en el territorio del nervio infraorbitario que cedieron a las semanas de la operación. No se evidenciaron signos de infección, extrusión del medpor, retracción palpebral...

Los resultados cosméticos de la cirugía resultaron muy satisfactorios mejorando notablemente el enoftalmos y normalizándose la profundidad del surco palpebral superior.

Así pues, creemos que el implante de medpor subperióstico puede ser una opción adecuada para el manejo de síndrome anoftálmico.

16:15 h. CV-15. Tratamiento de quiste de tenon en cavidades anoftálmicas con inyección de ácido tricloroacético al 20%

Dra. Silvia Virseda Moreno, Dra. Teresa Vozmediano Serrano, Dr. Ángel Arteaga Sánchez

Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

La aparición de quistes de tenon en una cavidad anoftálmica es una complicación relativamente frecuente que puede dar lugar a la imposibilidad de portar la prótesis. Se han empleado diferentes opciones terapéuticas como la marsupialización, la inyección de alcohol o la extirpación del quirúrgica, todas con altas tasas de recurrencia. Más recientemente se ha descrito en la literatura el uso de ácido tricloroacético (TCA) al 20% como alternativa terapéutica de los quistes de tenon en cavidades anoftálmicas. En el vídeo que se presenta se muestran las peculiaridades de la técnica quirúrgica empleada en el tratamiento de un quiste de tenon gigante mediante inyección de TCA al 20%. Se trata de un paciente viscerado con un quiste de tenon de gran volumen que ocupaba toda la parte anterior de la cavidad. Producía gran proptosis e intolerancia a la prótesis. Se procedió a la inyección intraquística de TCA al 20% según el siguiente protocolo:

- Preparación de 1 ml de TCA al 20% en una jeringa de 5 ml con una aguja del calibre 27.
- Bajo anestesia retrobulbar se aspira del contenido del quiste con la jeringa de 2ml que contiene el TCA al 20%.
- A continuación, el líquido del quiste, parcialmente diluido en la jeringa con el TCA al 20%, se inyecta hasta volver a llenar el quiste.

- Cuando se blanquea la pared del quiste, se reaspira el contenido del quiste hasta que se vuelve a quedar vacío.
- Por último, se irriga el lecho con abundante suero para minimizar el daño al tejido circundante. No hubo recurrencia del quiste ni ninguna complicación y desaparecieron la proptosis y las molestias del paciente. Por tanto se trata de un procedimiento sencillo, seguro y poco agresivo para el tratamiento de los quistes de tenon en cavidades anoftálmicas.

16:20 h. **CV-16. Pseudomona aeruginosa: enemiga del cirujano de vía lagrimal**

Dra. Cristina Míguez García, Dr. César Hita Antón, Dra. Nieves Mata

Hospital Universitario de Torrejón. Madrid

Presentamos el caso de una paciente de 45 años con obstrucción baja de vía lagrimal que fue intervenida en 2 ocasiones de dacriocistorrinostomía, la primera por vía externa y la segunda por vía endonasal. Ante la persistencia de los síntomas (epifora y secreciones) se decidió realizar una tercera intervención con un abordaje combinado. En la cirugía se encontró un tapón amarillento de consistencia dura con la forma del saco lagrimal. El posterior cultivo del mismo evidenció la presencia de *Pseudomona aeruginosa*. La cirugía se completó sin nuevas incidencias. Actualmente, la paciente está asintomática. La *Pseudomona aeruginosa* es un patógeno oportunista que se puede encontrar durante la cirugía de la vía lagrimal endonasal para revisar una dacriocistorrinostomía externa (DCR externa) fracasada, cuando hay pus o secreciones tras una DCR externa o cuando la intubación se ha mantenido más de lo habitual en el tiempo. También se ha relacionado con una mayor tasa de fracasos postquirúrgicos. Hay dos posibles explicaciones para ello: la primera, que la presencia de tejido de granulación, obstrucciones membranosas o estenosis de canalículo común precisan intubaciones más prolongadas y son, por tanto, más susceptibles de ser colonizados. La otra, es que la *Pseudomona aeruginosa* colonizaría el tubo inicialmente para provocar posteriormente inflamación y fibrosis con formación de tejido de granulación sobre la osteotomía.

Es frecuente encontrar flora nasal en los cultivos de los tubos de silicona tras DCR. La prevalencia de *Pseudomona aeruginosa* en estos cultivos oscila entre el 8.7% y 9.6% según los autores.

Se ha relacionado la infección por *Pseudomona* con el fracaso de la cirugía así como con la presencia de secreciones después de la misma. Por tanto, ésta debiera ser tenida en cuenta en casos de cirugías poco exitosas con estenosis recurrentes.

16:25-16:30 h. **Discusión**