

14^a

Reunión Anual
de la Sociedad Murciana
de Oftalmología

29 de abril de 2022

Libro de
Resúmenes



Coordinadora:

Dra. Salomé Abenza Baeza

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Murcia

SESIÓN DE CASOS CLÍNICOS I

16:20-16:27 h.

CC01 Cierre angular tras la aplicación periocular de toxina botulínica en disquinesias faciales

Dras.: Raquel Berrio Campos, María Dolores Romero Caballero, Gabriela Cabrera Jara, Susana Gómez Rivera, María Carmen Martínez Roca

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

Introducción: El uso de toxina botulínica —Botox®— se ha generalizado presentando múltiples indicaciones y son distintos especialistas los que la utilizan.

Este estudio valora las modificaciones en la superficie ocular y en la cámara anterior del ojo, objetivadas con Pentacam®, en pacientes en tratamiento crónico con Botox® por blefaroespasmos o espasmo hemifacial infiltrado en la musculatura facial periocular.

Material y método: Se diseñó un estudio longitudinal y prospectivo, formado por 31 ojos de 20 pacientes con edad media de 54.8+/-5.8 años y diagnóstico previo de disquinesia facial. Se les realizó una topografía —Pentacam®—, el día previo al tratamiento con toxina botulínica y 4 semanas después. Se valoraron parámetros corneales, así como de la cámara anterior del ojo (profundidad, volumen y ángulo).

Resultados: A las 4 semanas tras la infiltración de la toxina periocular se produjeron cambios topográficos en la cara anterior y posterior corneal aunque sin significación estadística. En cambio, el ángulo irido-corneal medio se modificó de forma significativa entre el preoperatorio (35°+/-10°) y tras la infiltración con toxina (33,8°+/-9,7°) $p<0,05$.

Conclusiones: La remodelación que se produce en la superficie ocular debido a la acción de la toxina botulínica, afecta sobretodo, al ángulo iridocorneal. La disminución del ángulo iridocorneal podría deberse a la acción farmacológica directa de la toxina sobre el músculo ciliar lo que podría desencadenar en pacientes predispuestos, un cierre angular con aumento de la presión intraocular.



SESIÓN DE CASOS CLÍNICOS I

16:27-16:34 h.

CC02 Schwannoma orbitario

Dres.: Belén Elvira Giner, Juan Carlos Pastor Bernier, Pablo Navarro Martínez, César Azrak
Hospital Universitario del Vinalopó, Alicante

Introducción: Se describe el caso clínico de un schwannoma orbitario. Se pretende recalcar la importancia de las pruebas de imagen y del estudio histopatológico para la orientación diagnóstica, sin olvidar la relevancia de un adecuado abordaje quirúrgico que permita reducir las posibilidades de secuelas tras la intervención.

Caso clínico: Paciente de 38 años con lesión nodular palpable en escotadura nasal supraorbitaria derecha, de crecimiento lento. Se solicita resonancia magnética nuclear (RMN) con contraste que orienta hacia posible quiste dermoide o epidermoide, si bien por la presencia de un polo sólido captante se sugiere exéresis para análisis histopatológico. Tras exéresis por orbitotomía anterior el estudio anatomopatológico revela que se trata de un schwannoma orbitario, con positividad celular para S100 y vimentina. La RMN tras la intervención quirúrgica no muestra restos tumorales. La paciente no presenta ptosis residual, proptosis ni diplopía y se encuentra asintomática salvo por leve hipoestesia en territorio supraorbitario derecho.

Discusión: El schwannoma es un tumor benigno derivado del neuroectodermo y de las células de la cresta neural. Constituye entre un 8 y 10% de los tumores intracraneales. Su localización principal es la rama vestibular del VIII par craneal, seguido del nervio trigeminal y facial. Se presenta como una masa orbitaria no dolorosa, de crecimiento lento y no invasivo, que puede asociar proptosis, ptosis, visión borrosa y diplopía como síntomas más frecuentes. El diagnóstico se basa en las pruebas de imagen y el estudio histopatológico. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica. La densidad celular alta y la escisión quirúrgica parcial son factores de riesgo para la recurrencia o la transformación maligna, si bien son pocos los casos que recidivan.

Conclusiones: En el schwannoma orbitario, la RMN, el estudio histopatológico y el abordaje quirúrgico resultan esenciales a nivel diagnóstico y terapéutico.



SESIÓN DE CASOS CLÍNICOS I

16:34-16:51 h.

CC03 Síndrome de blefarochalasis asociado a síndrome de Ehlers-Danlos tipo clásico

Dres.: María Alonso Navarro, Salomé Alejandra Abenza Baeza, Carlos Ramón Moreno Ortega, Manuel Jiménez Espinosa, Daniel Torrecillas Meroño

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

Introducción: El síndrome de Ehlers Danlos incluye un grupo de enfermedades del tejido conectivo clínica y genéticamente heterogéneo, caracterizado por hiperelasticidad y fragilidad cutánea, hiperlaxitud articular y diátesis hemorrágica.

El síndrome de blefarochalasis es un trastorno infrecuente que se caracteriza por episodios recidivantes de edema indoloro sin fovea en ambos párpados superiores.

Caso clínico: Mujer de 42 años que acude a Urgencias por edema palpebral superior bilateral. Refiere episodios similares, recidivantes y autolimitados desde la adolescencia. En la exploración, se observa edema y piel redundante en ambos párpados superiores, sin signos inflamatorios. Como antecedentes, la paciente fue intervenida de cirugía de hernia umbilical, y su padre falleció por problema cardiovascular durante una cirugía de hernia inguinal.

En revisiones sucesivas, se objetivó desaparición del edema, y adelgazamiento, fragilidad y redundancia de piel palpebral y de otras partes del cuerpo.

Se realizó blefaroplastia superior bilateral y envió de muestras a anatomía patológica, con resultados inespecíficos.

Dada la sospecha de enfermedad del tejido conectivo, se realizó interconsulta a reumatología. El estudio genético confirmó la presencia de mutación en el gen COL5A1. Finalmente se estableció el diagnóstico de síndrome de Ehlers Danlos tipo clásico asociado a síndrome de blefarochalasis.

Conclusión: El síndrome de blefarochalasis y el síndrome de Ehlers Danlos son entidades infrecuentes de los que no existen datos epidemiológicos precisos. La asociación de ambos es extremadamente anómala, existiendo un único caso publicado en la actualidad. Aunque nuestro papel como oftalmólogo se basa en el estudio ocular y periocular, no debemos olvidar que múltiples enfermedades sistémicas pueden manifestarse inicialmente a nivel palpebral. Por ello, es de gran importancia realizar una correcta anamnesis y exploración completa que permita realizar un diagnóstico precoz.

SESIÓN DE CASOS CLÍNICOS I

16:51-16:58 h.

CC04 Enfermedad orbitaria asociada a Ig G4, la gran imitadora

Dres.: Silvia Pagán Carrasco, María Dolores Miranda Rollón, Laura Martínez Campillo, Domingo Giménez Castejón

Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena, Murcia

Introducción: Se trata de un proceso inflamatorio inespecífico benigno, ocupante de espacio, no infeccioso, no neoplásico que provoca un infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario denso con fibrosis en la órbita en el que destaca un importante componente de Ig G4 además, en un número significativo de pacientes afecta a otros órganos.

Casos clínicos: Presentamos 3 pacientes que cursaron con inflamación orbitaria inespecífica con respuesta incompleta a tratamiento corticoideo y que, tras estudio completo con pruebas de imagen, laboratorio y en 2 de ellas confirmación anatomopatológica llegamos al diagnóstico de enfermedad orbitaria por Ig G4, de los cuales 2 presentaban afectación multiorgánica.

Discusión: Es importante considerar esta entidad dentro del diferencial de proptosis y de alteraciones orbitarias del adulto. También resulta clave realizar un exhaustivo estudio sistémico para descartar lesiones en otros órganos. El tratamiento con corticoides es eficaz en la mayoría de casos, pero a veces se requiere el uso de otros inmunomoduladores y/o de terapia biológica.

Conclusiones: Debemos realizar un adecuado diagnóstico diferencial con otras enfermedades inflamatorias o linfoproliferativas, así como seguimiento a largo plazo de estos pacientes por el riesgo de afectación de otros órganos o incluso del desarrollo de linfomas.



SESIÓN DE CASOS CLÍNICOS I

16:58-17:05 h.

CC05 Tiroiditis silente y oftalmopatía de Graves tras tratamiento con alemtuzumab

Dres.: Marcia Gabriela Cabrera Jara, María Dolores Romero Caballero, Chafik Zouine Lakbir, Elena Sarabia Marín, María del Carmen Martínez Roca

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

Introducción: El alemtuzumab es un fármaco usado para el tratamiento de la esclerosis múltiple remitente-recurrente (EMRR). La disfunción tiroidea autoinmune es uno de sus efectos secundarios, siendo la enfermedad de Graves (65%) el trastorno más frecuente, seguido de la tiroiditis de Hashimoto (25%) y la tiroiditis silente (10%). La oftalmopatía de Graves (OG) es poco frecuente (<2%).

Caso clínico: Mujer de 39 años diagnosticada de EMRR tras episodio de neuritis óptica retrobulbar y alteraciones sensitivas. Tras refractariedad a múltiples tratamientos, se inicia terapia con alemtuzumab, presentando, dos años después, un episodio de hipertiroidismo en contexto de tiroiditis silente. Meses después experimenta retracción palpebral bilateral, proptosis y diplopía en posición primaria y supraducción. Se diagnostica de OG en grado moderado-severo y se trata con bolos intravenosos de corticoides. Tras la escasa mejoría se realiza radioterapia sobre musculatura extraocular con excelente respuesta clínica. Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

Discusión: El alemtuzumab, fármaco anti-CD52, produce depleción linfocitaria y posterior reconstitución inmune. Este proceso genera linfocitos autorreactivos y autoanticuerpos, explicando la disfunción tiroidea asociada. La OG en esta paciente se desarrolló con títulos positivos muy bajos de TRAb. Existen otros antígenos diana como la calscuestrina o flavoproteínas musculares, que pueden participar en su desarrollo. La OG secundaria a alemtuzumab presenta fisiopatología, curso clínico y manejo similar la OG espontánea. El fenotipo muscular el predominante.

Conclusiones: Los pacientes en tratamiento con alemtuzumab deben conocer los signos y síntomas de la OG para poder consultar a un oftalmólogo y recibir el tratamiento y seguimiento adecuados.



SESIÓN DE CASOS CLÍNICOS I

17:05-17:12 h.

CC06 Orbitopatía de Graves asimétrica y/o unilateral*Dres.: Elena Sarabia Marín, Chafik Zouine Lakbir, María Dolores Romero Caballero*

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

Introducción: La orbitopatía de Graves (OG) es un proceso autoinmune caracterizado por la estimulación y proliferación de los fibroblastos orbitarios debido a la presentación de receptores para la hormona estimulante del tiroides. A pesar de ser una patología bilateral, puede presentar clínica unilateral o asimétrica por motivos desconocidos. Para valorar las diferencias tomográficas en órbitas de pacientes con OG asimétrico se realizó este estudio.

Material y método: Se diseñó un estudio observacional y transversal. La muestra fue constituida por 30 órbitas de 15 pacientes con OG asimétrico activo y que tenían un TC de órbitas. Diferenciamos dos grupos: el primero, formado por 15 órbitas con mayor afectación de la OG, el segundo, 15 órbitas contralaterales con menor afectación de la OG. Los parámetros radiológicos cuantificados fueron: exoftalmos, grado de engrosamiento muscular, índice de Barret -IB- y escala Nugent.

Resultados: El exoftalmos tomográfico medio fue de 22,5 mm, grupo 1 y de 19 mm en grupo 2, encontrando diferencias significativas entre ellos. El nivel de engrosamiento muscular medio fue similar entre grupos, salvo para el recto medio. Se encontró un mayor volumen de ocupación del ápex por los músculos y la grasa, valorados por el IB y la escala Nugent, en las órbitas con mayor afectación.

Conclusiones: En pacientes con OG asimétrico el grado de engrosamiento muscular indica una actividad similar en las dos órbitas, aunque la presentación clínica sea asimétrica. Y la expansión orbitaria grasa OG asimétrico es más importante para producir el exoftalmos asimétrico que el grado de engrosamiento muscular.



SESIÓN DE CASOS CLÍNICOS I

17:12-17:19 h.

CC07 Descripción de parámetros tomográficos en pacientes con orbitopatía de Graves activa

Dres.: Alberto López Alacid, María Dolores Romero Caballero, Susana Gómez Rivera, Raquel Berrio Campos, Pedro Esteban Quílez Franco

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

Introducción: La orbitopatía tiroidea (OT) constituye la manifestación extratiroidea más frecuente de la enfermedad de Graves-Basedow, en los casos más graves puede ocasionar neuropatía óptica distiroidea (DON).

Exposición/Material y métodos: Se diseñó un estudio transversal en el que se examinaron 42 tomografías computarizadas (TC) de órbita pertenecientes a 21 pacientes con OT moderada/severa activa. Se midió el exoftalmos, el grosor de los músculos extraoculares y dos parámetros predictores de DON: el índice muscular de Barrett (IM) y la escala de Nugent.

Discusión/Resultados: El 83% de órbitas presentaban exoftalmos clínico medido con exoftalmómetro de Hertel, mientras que el 62% mostraban exoftalmos radiológico medido desde la línea intercigomática a córnea. En el 90% había engrosamiento de dos o más músculos, siendo el recto inferior afectado con más frecuencia. Sólo el 57% de pacientes manifestó diplopía. El IM fue > 50% en el 69% de órbitas, aunque no se observó apiñamiento apical del nervio óptico grado III (severo) según la escala de Nugent en ninguna. Ningún paciente desarrolló DON.

Conclusiones: En pacientes con OT moderada/severa y activa la medición clínica del exoftalmos mediante exoftalmometría de Hertel está sobrestimada respecto a la medición radiológica. El engrosamiento muscular es un signo radiológico precoz de la enfermedad, aunque en gran medida asintomático. A pesar de que no existe ningún marcador radiológico absoluto de DON, la valoración conjunta de parámetros como el IM y la escala de Nugent puede ser útil en pacientes con alta sospecha clínica.

Bibliografía

- Bahn RS. Graves' ophthalmopathy. N Engl J Med. 2010; 362(8): 726-738.
- Bartalena L, Baldeschi L, Boboridis K, Eckstein A, Kahaly GJ, Marcocci C, et al. The 2016 European Thyroid Association/European Group on Graves' Orbitopathy Guidelines for the Management of Graves' Orbitopathy. Eur Thyroid J. 2016; 5(1): 9-26.

SESIÓN DE CASOS CLÍNICOS I

17:19-17:26 h.

CC08 Pseudotumor orbitario

Dres.: Belén Elvira Giner, Juan Carlos Pastor Bernier, Pablo Navarro Martínez, César Azrak
Hospital Universitario del Vinalopó, Alicante

Introducción: Se describe un caso de enfermedad inflamatoria orbitaria idiopática (EIOI). Se pretende recalcar la importancia de la orientación diagnóstica en base a la presentación clínica, la exploración física y las pruebas de imagen, recordando que se trata de un diagnóstico de exclusión en el que el diagnóstico diferencial resulta primordial.

Exposición del caso: Varón de 47 años con aumento de grasa orbitaria derecha de dos meses de evolución. A la exploración se observa una herniación grasa del párpado inferior derecho con marcada asimetría, con molestias a la retropulsión y dilatación vascular tortuosa sobre vasos episclerales temporales. La resonancia magnética nuclear (RMN) plantea como primera opción una EIOI (forma difusa). Se completa estudio con RMN de secuencias difusión-perfusión que descarta un proceso linfoproliferativo. Se inicia tratamiento con prednisona vía oral, con reducción de la inflamación y mejoría de la sintomatología.

Discusión: La EIOI se define como todo proceso orbitario inflamatorio inespecífico idiopático y benigno que presente un infiltrado linfoide pleomorfo con fibrosis en grado variable. Es la tercera patología orbitaria más frecuente después de la enfermedad de Graves y procesos linfoproliferativos, representando entre el 5 y 8% de las masas orbitarias. Suele ser unilateral y se presenta frecuentemente de forma aguda en forma de dolor, edema y eritema palpebral, proptosis, oftalmoplejía y disminución de la agudeza visual. El diagnóstico es de exclusión, siendo de uso casi obligatorio las pruebas de imagen, aunque los hallazgos son inespecíficos. El TC es la técnica de elección. La RMN está indicada en caso de duda diagnóstica. Se considera una respuesta favorable al tratamiento con corticoides sistémicos si existe una mejoría clínica dentro de las primeras 48 horas.

Conclusiones: En la EIOI, la clínica, las pruebas de imagen (TC y RMN) y la rápida respuesta al tratamiento corticoideo ayudan al diagnóstico.



SESIÓN DE CASOS CLÍNICOS I

17:26-17:33 h.

CC09 Histiocitosis de células de Langerhans orbitaria: a propósito de un caso

Dres.: Daniel Guillermo Torrecillas Meroño, Salomé Alejandra Abenza Baeza, Manuel Jiménez Espinosa, María Alonso Navarro, Carlos Ramón Moreno Ortega

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

Introducción: Las histiocitosis son un grupo de enfermedades, con una baja incidencia, caracterizadas por un acúmulo anómalo de células del sistema mononuclear fagocítico. El espectro clínico varía desde afectación monosistémica, siendo la afectación ósea la forma más frecuente, a multisistémica con un peor pronóstico. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico y está basado en sus características morfológicas y la positividad inmunohistoquímica para CD1a y CD207. Su tratamiento aún es discutido ya que no se disponen de criterios unificados para indicar un abordaje quirúrgico o sistémico.

Caso Clínico: Presentamos el caso de un varón de 41 años que acude a Urgencias de nuestro hospital por dolor en ojo derecho de 2 semanas de evolución asociado a diploplia en la supravisión de reciente aparición. En la exoftalmometría se evidenció una proptosis derecha de 23mm con respecto a los 19 mm del ojo contralateral. Se descartó afectación compresiva del nervio óptico con una tomografía de coherencia óptica de células ganglionares de retina.

Con la sospecha de tumoración orbitaria, se solicita una Tomografía axial computarizada craneal que observó una masa de densidad de partes blandas de 6,8 cm x 3,6 cm centrada en pared orbitaria supero-lateral con extensión a fosa craneal media y amplia destrucción ósea. Ante estos hallazgos se procede a biopsiar la lesión, observando un fragmento de tejido fibroso infiltrado por una proliferación de estirpe histiocitaria de células de Langerhans. Posteriormente el PET-TAC evidenció afectación ósea diseminada. Se decide conjuntamente con el servicio de Hematología el tratamiento sistémico con Vinblastina y glucocorticoides.

Conclusión: Ante un paciente con exoftalmos y dolor ocular de reciente aparición resulta de especial importancia hacer un diagnóstico diferencial con tumores orbitarios entre otros. Es importante el diagnóstico precoz con pruebas de imagen y la confirmación posterior con una biopsia.



SESIÓN DE CASOS CLÍNICOS II

19:30-19:37 h.

CC10 Uso de esclera de donante en casos recalcitrantes de ectropión paralítico a propósito de un caso

Dres.: Carmen Miquel López, Juan Antonio Sánchez Perea, Manuel Almarcha Menargues, María Victoria Navarro Abellán, Francisca Sonia Díaz Calvo

Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia

Presentamos el caso de un paciente de 61 años con parálisis derecha secundaria a cirugía del neurinoma del acústico en el año 2013. Por dicho motivo, preciso cirugía por parte de maxilofacial, así como, por oftalmología que realizo sutura de pesa de oro en tarso de parpado superior y técnica de tira tarsal lateral. Quedando de forma secundaria un ectropión severo con lagofthalmos importante asociado y las complicaciones secundarias oculares asociadas.

Se decide en un segundo tiempo realizar cirugía de rescate de ectropión severo, la técnica realizada es el injerto de esclera de donante entre tarso y músculos retractores del parpado, como tejido de soporte y espaciador; así como, fijación de tira tarsal a periostio orbitario interno con doble sutura, salvando de esta forma las fuerzas horizontales y verticales de dicha parálisis. Con buen resultado estético y funcional.

A partir de la exposición de este caso queremos destacar los múltiples usos de la esclera de donante en oftalmología, a parte de los clásicos ya conocidos.

Las ventajas que nos presenta la esclera de donante, por una parte, es el hecho de que el paciente no precisa de múltiples cirugías para la obtención de tejidos autógenos, muy importante en pacientes multioperados y gente de avanzada edad, y por otra parte, su fácil manipulación, resistencia y preservación; pudiéndose conservarse y obtener en bancos de ojos.

Por todo lo expuesto anteriormente, queríamos indicar la conveniencia de aprovechar todos los tejidos potencialmente válidos en las cirugías oculares, por lo que sería de particular importancia la extracción y conservación de la esclera cuando tengamos un paciente donante de órganos.



SESIÓN DE CASOS CLÍNICOS II

19:37-19:44 h.

CC11 A propósito de un caso, hemangioma orbitario con resolución espontánea

Dres.: Manuel Almarcha Menargues, Juan Antonio Sánchez Perea, María Victoria Navarro Abellán, Carmen Miquel López, Sonia Díaz Calvo

Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia

Introducción: El hemangioma cavernoso orbitario constituye una tumoración vascular benigna de crecimiento lentamente progresivo.

Exposición del caso: Paciente mujer de 43 años sin antecedentes de interés, acude a nuestra consulta presentando exoftalmos de dos años de evolución y dolor retroocular de reciente aparición en ojo.

La agudeza visual, presión intraocular y exploración del segmento anterior y posterior fue normal. A la exploración física se objetiva proptosis del ojo izquierdo. No presenta limitación a los movimientos oculares. La ecografía ocular una alteración en la curvatura del ojo. Se practica Resonancia Magnética (RM) con y sin contraste de gadolinio demuestra una masa de localización retroocular e intraconal en órbita izquierda de 2x2x2 cm, de bordes bien definidos, que presiona el polo posterior del globo ocular desplazándolo anteriormente. Su señal es intermedia en las secuencias potenciadas en T1, hiperintensa en las secuencias potenciadas en T2 y con realce tras la administración de gadolinio. El diagnóstico radiológico fue hemangioma intraorbitario izquierdo.

La paciente no acudió a revisiones por un cambio de residencia. A los 5 años la paciente acude de nuevo a nuestra consulta. La paciente refirió una disminución de su sintomatología, y se observó una disminución de la proptosis izquierda.

Se llevó a cabo una resonancia magnética, se observó una completa desaparición del hemangioma orbitario.

Discusión: Los hemangiomas cavernosos orbitarios son lesiones benignas que suelen tener un crecimiento paulatino. Requieren cirugía en caso de proptosis, diplopía o afectación de la agudeza visual. Son lesiones que no sufren una regresión espontánea. Presentamos un caso de regresión total espontánea sin tratamiento. Se han descrito casos de reducción del tamaño asociado a la menopausia por disminución de la carga estrogénica. En nuestro caso la paciente presentó la menopausia durante el seguimiento y la regresión podría deberse a este hecho.



SESIÓN DE CASOS CLÍNICOS II

19:44-19:51 h.

CC12 Algunos tips en cirugía oculoplástica

Dres.: Silvia Pagán Carrasco, María Dolores Miranda Rollón, Laura Martínez Campillo, Domingo Giménez Castejón

Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena, Murcia

Introducción: Las diferentes cirugías en el ámbito de la oculoplástica se llevan a cabo sobre las estructuras perioculares (párpados, vía lagrimal y órbita) ya sea para resolver una patología relacionada con estas estructuras o para llevar a cabo técnicas de rejuvenecimiento facial y cada una de ellas presenta matices y detalles que condicionan el resultado final.

Casos clínicos: Presentamos varios tips que consideramos útiles en abordaje quirúrgico de varias patologías. El primero parte de la premisa de enfocar correctamente la cirugía en cada caso concreto con el marcado correcto de la zona en la que vamos a trabajar, el segundo, consiste en asociar ácido tranexámico a la inyección de anestésico local y el tercero en las maniobras quirúrgicas y postquirúrgicas enfocadas a reducir el sangrado operatorio y con ello mejorar tanto el hematoma como el edema en los primeros días tras la cirugía.

Discusión: Es importante realizar un examen y una exploración detallada del paciente, así como conocer sus expectativas y asegurarnos que el paciente entiende las limitaciones de la técnica quirúrgica en cada caso seleccionado. Además, cada caso debe completarse con fotografías preoperatorias de la zona a tratar. El ácido tranexámico administrado junto a la anestesia local consigue una cirugía con menos sangrado, lo que se traduce en mayor rapidez de la intervención, menos cicatrices potenciales y un tiempo de recuperación más rápido para los pacientes.

Conclusiones: El uso de ácido tranexámico inyectado localmente en el área a tratar, reduce el sangrado de estos pacientes favoreciendo la intervención, así como una pronta recuperación.



SESIÓN DE CASOS CLÍNICOS II

19:51-19:58 h.

CC13 Sobre el músculo de Müller y el Síndrome de Horner: müllerectomía

Dres.: Víctor Sánchez Rico, José Ruiz Colecha, Raquel Gutiérrez Ezquerro, Francisco Gosálbez Coalla, Rosario Izquierdo Escámez

Hospital Universitario de Torrevieja, Alicante

Paciente mujer de 42 años remitida a consulta de Oftalmología para valoración de ptosis palpebral izquierda en el contexto de un síndrome de Horner (SH) causado por hemitiroidectomía ipsilateral realizada en 2018. La hendidura palpebral en posición primaria era de 12 mm para el ojo derecho (OD) y 8mm para el ojo izquierdo (OI), con una función del músculo elevador del párpado superior (MEPS) de 13 y 9mm respectivamente y distancia margen-reflejo (DMR) de 4,5 mm para OD y 1,5 mm para OI. Anisocoria por miosis del OI. Con la instilación de una gota de fenilefrina en OI se consigue reversión de la ptosis. Se decide intervención quirúrgica debido a la asimetría, decidiendo actuación sobre el músculo elevador del párpado superior (MEPS). En la exploración de antequirófano no se evidencia ptosis, decidiendo entonces realizar conjuntivo-müllerectomía de 8 mm. Postoperatoriamente persiste ptosis con DMR1 OD 4.5 y OI 2,5 mm sin mejoría pese a resolución del edema postquirúrgico. Se decide reintervención con reposición de fascia del MEPS, con buen resultado.

El SH consiste en una agrupación de síntomas relacionados con la deprivación simpática del ojo y órganos circundantes, provocando síntomas entre los que se encuentra la ptosis a expensas del músculo de Müller (MM). El abordaje de esta secuela es quirúrgico: conjuntivo-müllerectomía. No obstante, no se conocen a ciencia cierta los mecanismos mediante los cuales funciona esta intervención, por lo que, en ocasiones, pueden requerirse cirugías adicionales para una corrección satisfactoria. Además, la exploración en antequirófano hizo variar la técnica quirúrgica planteada a priori, resultando la cirugía en una ptosis hipocorregida.

En el caso de las ptosis, debemos decidir la conducta quirúrgica a seguir en consulta y acatarla en quirófano, puesto que modificarla en base a la exploración antequirófano puede llevar a error, como fue en este caso, debido a la previa y no controlada instilación de colircusí anestésico (©Alcon).



SESIÓN DE CASOS CLÍNICOS II

19:58-20:05 h.

CC14 Aproximación terapéutica al carcinoma epidermoide orbitario

Dres.: José Antonio Villa Carpes, Gloria Lucas Elio, Manuel Jiménez Espinosa, Daniel Guillermo Torrecillas Meroño

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

El carcinoma de células escamosas supone un 7-9% de todos los tumores del párpado, y representa menos del 2% de los tumores malignos en dicha zona. Generalmente ocurre en sujetos con historia de exposición solar y típicamente produce invasión local hacia la dermis, para posteriormente invadir el tejido conectivo profundo, la periorbita y las vías lagrimales con un curso más agresivo que el carcinoma de células basales. Además, presenta un alto riesgo de invasión perineural que a su vez se relaciona con el riesgo de invasión orbitaria. Este comportamiento tumoral hace que la cirugía de resección completa persista como tratamiento de elección en los casos donde es posible. Sin embargo, existen numerosos ensayos clínicos en curso, para el desarrollo de fármacos quimioterápicos contra el receptor del factor de crecimiento epitelial. En esta comunicación presentamos dos casos de carcinoma epidermoide invasivo.

El primer caso es una mujer de 92 años con epidermoide invasivo naso-orbitario donde se realizó cirugía de exenteración con resección endonasal del tumor orbitario y un colgajo glabellar, que tras buena evolución, preciso colgajo miocutáneo de frente derecha por necrosis a nivel de la línea de cierre, tras lo que se encuentra sin evidencia clínica de recidiva a día de hoy. El segundo se trata de un varón de 65 años, ojo único derecho con un carcinoma epidermoide extenso con invasión medial de la órbita derecha. Dada la situación clínica del paciente y la imposibilidad de cirugía radical, se realizó cirugía de resección extensa con adyuvancia biológica con pembrolizumab. Encontrándose a los 8 meses de supervivencia libre de enfermedad. Ambos casos nos permiten ilustrar que el carcinoma epidermoide invasivo plantea situaciones clínicas complejas que mediante un correcto abordaje multidisciplinar pueden lograr un buen resultado clínico para estos pacientes.



SESIÓN DE CASOS CLÍNICOS II

20:05-20:12 h.

CC15 Dacriocistocele congénito

Dres.: Carlos Ramón Moreno Ortega, Carmen Hernández Martínez, María Alonso Navarro, Manuel Jiménez Espinosa, Daniel Guillermo Torrecillas Meroño

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

Introducción: El dacriocistocele congénito es una dilatación quística del saco lagrimal y del conducto nasolacrimal, secundario a la obstrucción en el sistema de drenaje lagrimal a dos niveles, la válvula de Hasner y la de Rosenmüller, lo que dificulta el drenaje de las secreciones y genera su herniación intranasal en forma de quistes. Típicamente debuta al nacimiento o en los primeros días de vida.

Exposición del caso: Se presentan 4 casos de neonatos que debutan en los primeros días de vida con una masa azulada de progresivo crecimiento en el canto interno. Con el diagnóstico de dacriocistocele se decide su ingreso hospitalario con pauta de antibioterapia intravenosa, asociado a sondaje de la vía lagrimal con marsupialización de los quistes endonasales vía endoscópica. Una vez estables se dio el alta con revisiones posteriores en consulta sin observar recidiva en ninguno de ellos.

Discusión: El dacriocistocele congénito suele presentarse de forma unilateral o bilateral como una lesión azulada localizada por debajo del canto interno. Los casos bilaterales pueden generar distrés respiratorio convirtiéndose en una urgencia quirúrgica. La no resolución del cuadro con medidas conservadoras obliga a realizar una intervención preferente por el riesgo de dacriocistitis asociada. El sondaje de la vía lagrimal combinado con la marsupialización del quiste endonasal proporciona excelentes resultados con menor tasa de sondaje.

Conclusiones: Cabe destacar la importancia de combinar el sondaje simple con la asistencia endoscópica para exéresis de los quistes intranasales asociados, pues la no realización empobrece el pronóstico y aumenta la tasa de recidivas.

