

Sociedad de Oftalmología
Castellano Leonesa SOFCALE



Valladolid

13 de marzo de

2015

V Jornada de residentes Oncología Ocular

Organizan:

Dra. María Antonia Saornil

Dr. Ciro García

UNIDAD DE REFERENCIA DE TUMORES INTRAOCULARES EN ADULTOS - MELANOMA.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

Discutidores: **Pilar Rodríguez Francia, Valladolid**

Silvia Medina, Burgos

Fernando Cruz, Salamanca

Isabel Izquierdo, Segovia

Colabora:

Colegio de Médicos de Valladolid



ISBN: 978-84-608-8951-9

Editorial: Asociación CastellanoLeonesa de Oftalmología

Título: Oncología Ocular

Subtítulo: 5 Jornada de Residentes de la Sociedad Castellano Leonesa de Oftalmología,
Valladolid 13 de marzo de 2015

Autor (Entidad): Sociedad Castellano-Leonesa de Oftalmología SOFCALE

Editor invitado: Izquierdo, I; Medina Sanvicente, SM; Abelairas Gómez, J; Cruz, F; Rodríguez Francia, P

Director editorial: Hernández Galilea, E

Editor adjunto: García Álvarez, C

Editor científico: Saornil Álvarez, MA

Autores:

Labrador Velandia, S; López-Lara Martín, F; Lorenzo Morales, V; Martín Escuer, B; Martín García, E; Medina Sandonis, M; Medina Sanvicente, SM; Juan Marcos, L; Ajamil Rodanés, S; Alonso Martínez, P; Angles Deza, JM; Antón Benito, A; Benancio Jaramillo, GK; Bonafonte Marquez, E; Camargo Villa, L; Castro Martín, R; Costales Mier, F; Cuesta Lasso, M; de Frutos, JM; de Miguel, D; Díaz Cabanas, L; Díez Handino, P; Durántez Cacharro, JL; Escudero Domínguez, FA; Fernández Cherkasova, LJ; Francés Caballero, E; Franco Benito, M; Frutos-Baraja, J; García Álvarez, C; García Lagarto, E; García Zamora, M; García-Rodríguez Lomas, F; Garzo García, I; Giraldo Agudelo, LF; Gordon Bolaños, C; Haro, B; Hernández Galilea, E; Ibáñez Ayuso, P; Mendieta Rasós, N; Monje Fernández, L; Nieto Gomez, C; Nova Fernández-Yáñez, L; Para Prieto, M; Pérez Díez, E; Pérez-Salvador, E; Platas Moreno, I; Pontón Méndez, P; Quiñones, M; Rivero Gutiérrez, V; Salinas Caldas, E; Sanabria Ruiz-Colmenares, MR; Sánchez Cañizal, J; Sánchez Ramón, A; Sánchez Santos, MJ; Sanz Aguado, A; Saornil Álvarez, MA; Toledo Lucho, SC; Toribio García, Á; Torres Pérez, J; Varela Conde, Y; Velasco Sastre, I; Vicente Tierno, N;

Congreso: V Jornada de residentes Oncología Ocular nº 5
Valladolid 2015

Formato del producto: Digital: descarga y online

Detalle Formato: PDF

Fecha de edición: 16/09/2017

País de edición: España

Tipo de edición: Edición nativa digital

Comentarios de la edición: <http://sofcale.org/publicaciones/>

Nombre de la colección: Jornada de residentes de la Sociedad Castellano Leonesa de Oftalmología
SOFCALE , nº 1



15:30: Acreditación y recogida de documentación.

16:00 Quiste dermoide epibulbar: diagnóstico y tratamiento.

Sánchez Cañizal J, Ibáñez Ayuso P, Cuesta Lasso M, Franco Benito M. Complejo Asistencial Universitario de León.

Palabras clave: Quiste dermoide epibulbar

Caso(s): Mujer de 28 años que acude a consulta de superficie ocular por molestias inespecíficas al parpadeo en ojo izquierdo (OI) y secreción mucopurulenta al levantarse desde hace un mes. Refiere aumento de tamaño de lesión conjuntival presente ya desde el nacimiento que ha cambiado los últimos meses.

A la exploración se observa lesión conjuntival limbar con pestaña intralesional y leucoma perilesional en área de invasión corneal. Ante sospecha de quiste dermoide se decide extirpación mas recubrimiento con membrana amniótica.

Al mes de la cirugía persiste leucoma corneal en área de invasión de la lesión que ha ido disminuyendo con el tiempo y resolución completa de los síntomas oculares.

Discusión/conclusiones: Los quistes dermoides son lesiones congénitas benignas debidas al sobrecrecimiento de un tejido localizado anormalmente. Aparecen con una frecuencia de 1 a 3 por 10,000 nacimientos ,son los tumores orbitarios más frecuentes en la edad pediátrica y ocupan el tercer lugar de todas las lesiones epibulbares en todas las edades.

Las indicaciones para resección quirúrgica son principalmente causas estéticas, irritación, dellen, afección visual por astigmatismo irregular o bloqueo del eje visual, cierre palpebral inadecuado, recurrencia del tumor y diagnóstico dudoso.



SOCIEDAD DE OFTALMOLOGIA
CASTELLANO LEONESA

16:05 Linfoma folicular primario de la conjuntiva simulando conjuntivitis crónica.

Labrador Velandia S, García Lagarto E, Saornil MA, García Álvarez C, Diezhandino P. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Palabras clave: conjuntivitis crónica, hiperplasia reactiva linfoide, linfoma folicular

Caso(s): Se trata de un paciente varón de 43 años con hiperemia conjuntival y picor en el ojo derecho; en la exploración oftalmológica, presentaba abundantes foliculos en la conjuntiva tarsal superior e inferior, sin otros hallazgos relevantes. Se diagnosticó de conjuntivitis folicular unilateral que fue tratada con antiinflamatorios y antibioterapia local. Tras dos años de seguimiento, sin notable mejoría, la serología para bacterias resultaron negativas, por lo cual se indicó una biopsia incisional que resultó compatible con hiperplasia reactiva linfoide. Un año después, ante la progresión de las lesiones, una nueva biopsia incisional mostró un linfoma folicular, sin afectación sistémica, que fue tratado con radioterapia local.

Discusión/conclusiones: Ante una conjuntivitis folicular crónica resistente a tratamiento convencional es esencial una biopsia incisional para el diagnóstico histopatológico, que puede abarcar desde la inflamación crónica, la hiperplasia reactiva linfoide al linfoma. El linfoma folicular es raro entre los linfomas de conjuntiva y el estadiaje es indispensable para un correcto abordaje terapéutico.



16:10 Carcinoma epidermoide de conjuntival: opciones terapéuticas.

Haro B, Vicente N, Saornil MA, López-Lara F, de Frutos JM. Unidad de Tumores Intraoculares, Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Palabras clave: 123

Caso(s): Paciente de 91 años de edad, remitido en febrero de 2008 por lesión conjuntival sintomática de 3 meses de evolución previamente fue diagnosticado de pterigium. En el examen ocular presentó una Agudeza visual (AV) de 0,4 en ojo derecho (OD) y de 0,6 en ojo izquierdo (OI) En la Biomicroscopía de polo anterior: se observó una lesión exofítica de consistencia gelatinosa sonrosada, vascularizada en limbo. Se realizó biopsia escisional con diagnóstico de Neoplasia intraepitelial conjuntival grado III (CIN). Se propuso Mitomicina C tópica como tratamiento adyuvante que el paciente rechazó. En Abril 2009 presentó recidiva realizándose nueva biopsia escisional con resultado de carcinoma epidermoide de conjuntiva mínimamente invasivo clasificado como T2 N0 MO. En junio del 2009 es tratado con Braquiterapia Epiescleral- RU 106. Un año más tarde se observó recurrencia de la lesión, que fue nuevamente biopsiada y tratada con interferón alfa 2b tópica por 2 meses con respuesta favorable. No observándose signos de recidiva hasta Octubre de 2014.

Discusión/conclusiones: El abordaje tradicional del carcinoma epidermoide conjuntival es la escisión lesional que como tratamiento único puede presentar recurrencias en más del 50% de los casos por lo que se combina con terapias adyuvantes como agentes quimioterapéuticos tópicos (interferón alfa 2b, mitomicina C) o radioterapia con reducción significativa de las tasas de recurrencia. En nuestro caso el uso de interferón alfa 2b tópico demostró ser un tratamiento adyuvante eficaz en el control local del carcinoma epidermoide conjuntival. Sin embargo para una adecuada acción terapéutica es fundamental el diagnóstico precoz y de certeza a través del estudio anatomopatológico así como su seguimiento en el tiempo.



16:15 Carcinoma de células de Merkel palpebral.

Costales Mier F, Toribio García Á, Pérez Díez E, Monje Fernández L, Martín Escuer B. Complejo Asistencial Universitario de León.

Palabras clave: Tumor palpebral, párpado, Carcinoma de células de Merkel

Caso(s): Mujer de 81 años, antecedentes médico y oftalmológico sin interés, AV 0.7 AO, PIO 12mmHg AO. Presentaba lesión en PS OD de dos meses de evolución quística violácea (5mm de diámetro), no dolorosa, sin adenopatías palpables.

Planteamos los siguientes diagnósticos diferenciales: chalazión abcesificado, linfoma y Carcinoma de Células de Merkel (CCM). Se realizó extirpación y biopsia. Resección completa en cuña con márgenes de seguridad de 4mm y cierre directo.

Anatomía-patológica: tumoración subepidérmica compuesta por células monomorfas pequeñas, núcleos vesiculosos, nucléolo y citoplasma vagamente definidos dispuestos de forma difusa en nidos sólidos y en patrón trabecular, e infiltrado inflamatorio de tipo crónico linfoplasmocitario. Inmunohistoquímica: citoqueratina 20 (+), AE1-AE3 (+) paranuclear, sinaptofisina de intensidad fuerte y difusa con un índice proliferativo (Ki-67) alto (90%), los márgenes laterales y profundo libres. Compatible con CCM.

16:20 Biopsias imprecisas.

Monje Fernández L., Toribio García Á, Pérez Díez E, Costales Mier F, Martín Escuer B. Complejo Asistencial Universitario de León.

Palabras clave: biopsia, tumor, párpados

Caso(s): Varón de 41 años, fumador y que trabajaba bajo exposición solar. Presentaba una lesión en el párpado inferior de un año de evolución y fue derivado por aumento del tamaño de la misma durante el último mes. Se observó una neoformación nodular excrecente, sobreelevada e hiperqueratósica de 1x0.8 cm. Dada la apariencia de malignidad se tomaron 3 biopsias en las que no se observaron datos de malignidad. Se procedió entonces a la resección de la tumoración sin ampliar márgenes y se envió de nuevo a anatomía patológica. Sin embargo, esta nueva biopsia planteó que pueda tratarse de un carcinoma epidermoide o de un queratoacantoma.

Discusión/conclusiones: Dadas las variaciones anatomopatológicas observadas en este caso y la falta de un diagnóstico final definitivo, planteamos dos posibles opciones, la observación o una nueva cirugía para reseca los márgenes tumorales.



16:25 Lesión pigmentada recidivante. A propósito de un caso.

Velasco Sastre I, Benancio Jaramillo GK, Antón Benito A, Platas Moreno I, Nova Fernández-Yáñez L. Complejo Asistencial de Segovia.

Palabras clave: Epidermoide mácula recidivante

Caso(s): Varón, 52 años, sin antecedentes generales de interés. Acude al servicio de dermatología por presentar lesión pigmentada de 20 años de evolución en canto externo del ojo izquierdo. Exploración: Mácula pigmentada de bordes irregulares, coloración homogénea y superficie irregular (6 x 10 mm). Se realizó biopsia incisional. Anatomía patológica: léntigo solar. Fue remitido al servicio de oftalmología. Se realiza exéresis con colgajo rotacional-deslizante y se envía muestra a anatomía patológica cambiándose el diagnóstico a lesión pigmentada de probable origen post-inflamatorio. Es dado de alta.

Cinco años después acude al servicio de Oftalmología por recidiva. Exploración: Mácula pigmentada plana (7 x 11 mm). Se decide hacer seguimiento por aspecto benigno. Tras revisiones sin cambios, tres años después, se observa leve crecimiento. Se realiza exéresis de la lesión y tira tarsal. Anatomía patológica: carcinoma epidermoide intraepidérmico sin datos de infiltración del estroma pero con bordes afectos. Actualmente en tratamiento por servicio de Dermatología.

Discusión/conclusiones: Se trataría de una enfermedad de Bowen ya que es intraepidérmico y no pasa la membrana basal. Su forma de presentación más habitual es nodular, ulcerante o cuerno cutáneo, siendo poco frecuente la forma pigmentada y la localización en párpado inferior.

Una vez más se muestra la importancia de la anatomía patológica en el diagnóstico diferencial y seguimiento de las lesiones sospechosas, así como realizar una buena técnica quirúrgica ya que dejando los bordes libres de infiltración maligna sería curativa. En algunos casos no es posible, siendo necesario realizar tratamientos coadyuvantes.



16:30 Lesión palpebral como primera manifestación de neoplasia hematolinfoide.

García Zamora M, Francés Caballero E, Sanz Aguado A, Varela Conde Y. Hospital Universitario Río Hortega Valladolid.

Palabras clave: infiltración piel leucemia

Caso(s): Varón de 84 años que refiere traumatismo contuso ocular izquierdo hace 3 meses con edema en el párpado superior que ha empeorado en las últimas semanas provocando una ptosis mecánica moderada. A la exploración se palpa una tumoración de aspecto violáceo de consistencia firme que se acompaña de una pérdida de pestañas en su tercio externo. Se plantea escisión-biopsia de la lesión palpebral pretarsal. La anatomía patológica muestra una proliferación de células de aspecto blástico que con técnicas de inmunohistoquímica se tiñen mayoritariamente con anticuerpos contra CD45 y CD43, sugiriéndose el diagnóstico de sarcoma mieloides de origen hematolinfoide blástico. Se remite al servicio de hematología, donde es diagnosticado de leucemia mieloides aguda M4 y se pauta tratamiento con etopósido y corticosteroides sistémicos, disminuyendo significativamente el tamaño de la lesión.

Las manifestaciones cutáneas de leucemia pueden dividirse en dos grupos: lesiones inespecíficas (leucemides) y lesiones de infiltración leucémica específica (leucemia cutis). La infiltración cutánea por células blásticas son formas de afectación extramedular constituyendo neoplasias poco frecuentes de células mieloides inmaduras, que comprometen con mayor frecuencia piel, tejidos blandos, hueso, periostio y ganglios linfáticos.

Ocurre en el 2 al 10% de todas las leucemias, siendo más frecuente en la leucemia mieloides aguda monocítica (M5) y en la mielomonocítica (M4). En la mayoría de los casos, la presencia de enfermedad sistémica precede al desarrollo de estas lesiones. Se considera que representa un estadio avanzado de la enfermedad y un pronóstico pobre.

16:35 DISCUSIÓN.

16:45 Terapias adyuvantes en tumores de conjuntiva.

Dr. Ciro García Álvarez

Unidad de Tumores Intraoculares. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.



17:00 Metástasis orbitaria de carcinoma adenoide quístico de glándula salivar menor.

Pontón Méndez P. Hospital Universitario de Burgos.

Palabras clave: Metástasis Orbitaria CAA (Carcinoma adenoide quístico)

Caso(s): Paciente varón de 60 años ingresado en oncología por recurrencia pulmonar y ganglionar de Carcinoma adenoide quístico de glándula salivar menor de labio, consulta a urgencias oftalmológicas por disminución de agudeza visual de 24h de evolución en ojo izquierdo. Con una agudeza visual de movimiento de manos en ese ojo, se observa fondo de ojo y se halla un desprendimiento de retina de apariencia exudativo con bolsa no móvil en zona temporal inferior, con una hemorragia periférica temporal. Tras observar una masa temporal inferior en ultrasonografía modo B, se solicita RNM ocular para descartar posible metástasis ocular de su neoplasia primaria. Esta prueba confirma la presencia de metástasis orbitaria izquierda con DR asociado y hemorragia subaguda subretiniana, además de metástasis nodulares múltiples cerebelosas y cerebrales.

Discusión/conclusiones: El Carcinoma adenoide quístico es un tumor relativamente poco frecuente, sin embargo es problemático debido a su elevada tendencia a la recurrencia y a las metástasis a distancia, incluso 20 años después y habiendo conseguido un adecuado control loco-regional.

Sus metástasis a distancia más frecuentes se localizan en pulmón y hueso y, aunque raras, sería conveniente considerar una metástasis orbitaria ante un DR no regmatógeno en el contexto de un paciente oncológico.



17:05 Carcinoma neuroendocrino primario de órbita.

Sánchez Santos MJ, Torres Pérez J. Hospital Universitario de Burgos.

Palabras clave: Carcinoma Neuroendocrino Órbita

Caso(s): Agosto de 2004, una mujer de 56 años, sin antecedentes patológicos . Acude al servicio de oftalmología por un chalacion . Se observó proptosis en ojo derecho y tras estudio se encontró un tumor sólido orbitario en su ojo derecho. El resto de la exploración oftalmológica era normal.

En La Resonancia Magnética Nuclear se detectó un tumor localizado en el área palpebral inferior internan y preseptal, adyacente a la inserción escleral del músculo recto interno, sin afectación del mismo ,produciendo una compresión en el borde interno del globo ocular, y sin una clara extensión intraocular ni infiltración orbitaria ni de áreas contiguas.

Tras la extirpación del tumor, el estudio anatomopatológico del mismo reveló un carcinoma neuroendocrino de alto grado. La paciente recibió 6 ciclos de quimioterapia con 152 mg de Cisplatino durante 1 día y 152 mg Etopósido durante 3 días, administrados cada 3 semanas. Se le ofreció la posibilidad de recibir radioterapia local , pero la paciente renunció a esta opción terapéutica por el riesgo que tenía de pérdida de visión.

Un año después la paciente estaba libre de enfermedad , tenía conservada la agudeza visual de su ojo derecho, con la única consecuencia de una moderada restricción en la motilidad muscular en infraducción y supraducción de su ojo derecho.

Resultado histopatológico:Un tumor indiferenciado compuesto por células de pequeño y mediano tamaño con escaso citoplasma. Se podía observar con frecuencia áreas de necrosis, hemorragias y apoptosis celular. Los núcleos celulares tenían un aspecto redondeado y ovalado, y contenían cromatina granular fina con un nucléolo casi inadvertido. El tumor tenía una alta tasa mitótica con frecuentes mitosis anormales.La tinción inmunohistoquímica mostró positividad perinuclear para marcadores epiteliales Cam 5.2 y AE1 AE3 y positividad difusa para los marcadores neuroendocrinos Cromogranina y Sinaptofusina. No se observó positividad para Factor de Transcripción Tiroideo 1TTF1, característico de las neoplasias primarias de pulmón o glándula tiroidea, ni tampoco se vio positividad para Citoqueratina 20, marcador tumoral típico del carcinoma de Merkel, tumor neuroendocrino primario de la piel.

Discusión/conclusiones: Los carcinomas neuroendocrinos de células pequeñas se han descrito en todo tipo de localización extrapulmonar. En la órbita, únicamente se han descrito casos de metástasis procedente de otros tumores primarios, pero raramente se ha descrito algún caso de carcinoma neuroendocrino primario orbitario.

Para excluir un origen pulmonar se llevaron a cabo pruebas de imagen , incluso un rastreo corporal de radionúcleos para descartar masas extra pulmonares. Todas las pruebas fueron negativas. Además, la negatividad del marcador tumoral TTF1, que es un anticuerpo nuclear presente en más de 90 por ciento de los carcinomas de cel pequeñas del pulmón, definitivamente descarta este origen.

Se han descrito tumores neuroendocrinos de células pequeñas de orificios nasales o senos paranasales que pueden afectar de manera indirecta la órbita, pero en ese caso las pruebas de imagen no mostraron ninguna masa y los huesos orbitarios estaban intactos, razón suficiente para descartar esta posibilidad.

Finalmente, no se encontró ninguna lesión en la piel periorbitaria , y junto con la negatividad del marcador Citoqueratina 20, que está presente en todos los tumores neuroendocrinos primarios de la piel , definitivamente excluye una afectación secundaria orbitaria desde la piel.

V Jornada de Residentes - Óncología Ocular - Valladolid, 13 de marzo de 2015



SOCIEDAD DE OFTALMOLOGIA
CASTELLANO LEONESA

Los carcinomas neuroendocrinos extra pulmonares son neoplasias de mal pronóstico con sólo un 13 por ciento de supervivencia a los 5 años. En un pequeño porcentaje, si el tumor es pequeño y muy localizado, la resección quirúrgica puede ser curativa. Sin embargo, dada la agresividad de estos tumores, es recomendable el uso de radioterapia y quimioterapia adyuvante.



17:10 Presentación atópica del papiloma invertido.

Bonafonte Marquez E, Medina Sanvicente SM, Medina Sandonis M, Mendieta Rasós N, Salinas Caldas E. Hospital Universitario de Burgos.

Palabras clave: Papiloma invertido, carcinoma epidermoide

Caso(s): Papiloma Invertido es una entidad benigna que puede degenerar hacia carcinoma infiltrativo con gran potencial maligno. Presentamos el caso de un varón de 45 años con historia de papiloma nasal, detectado un año antes. Acude a consulta Oftalmología porque desde hace 3 meses presenta tumoración indurada, eritematosa, en región saco lagrimal. En la RMN informan de tumoración de partes blandas, localizado en canto interno, parece destruir cortical e introducirse en conducto lácrimo-nasal y extenderse a tejidos blandos, sugiriendo posible linfoma, adicionalmente se objetiva papiloma FNI. Se decide biopsiar, informando anatomía patológica, de papiloma invertido con marcada reacción inflamatoria y fibrosa del estroma.

Dada la clínica, AP y técnica de imagen, se decide cirugía de resección por criterios de agresividad local, realizándose cirugía oncológica de paredes orbitarias, fosa nasal y exenteración, reconstruyéndolo con colgajo musculo temporal izquierdo. Informando AP de CARCINOMA EPIDERMOIDE DE FOSA NASAL IZQUIERDA SOBRE PAPILOMA INVERTIDO estadificado como pT4a NO M0, ESTADIO IV-A.

Discusión/conclusiones: Los tumores orbitarios secundarios pueden producir extensión orbitaria directa y no vía metastásica. Como en el caso que presentamos de un tumor nasal primario que produce afectación orbitaria, siendo esta la manifestación más llamativa. En algunas series, describen que entre un 28-30% de la patología orbitaria deriva de procesos patológicos de vecindad palpebral y paranasal, de ahí la importancia de hacer un buen estudio y no descartar esas patologías porque un tratamiento a tiempo puede cambiar el pronóstico de los pacientes



17:15 Tumor de Masson orbitario.

Garzo García I, Toribio García Á, Costales Mier F, Monje Fernández L, Pérez Díez E. Complejo Asistencial Universitario de León.

Palabras clave: Tumor Masson Orbitario

Caso(s): Mujer de 72 años que acude nuestra consulta por la presencia de una masa indolora en el párpado inferior izquierdo de 15 años de evolución sin otra sintomatología añadida.

Su agudeza visual, presión intraocular, biomicroscopía de polo anterior y funduscopia eran normales. Presentaba una masa redondeada elástica bien delimitada, palpable en el tercio interno del párpado inferior del ojo izquierdo que provocaba hipertropía sin diplopía ni restricción en la motilidad ocular extrínseca. El TAC mostró una masa en órbita anterior con unos diámetros máximos de 1,8 x 1,9 cm con localización extraconal que desplazaba superior y lateralmente al globo ocular. Su densidad era heterogénea con una imagen de calcificación en su interior y captación de contraste.

Se decidió resecar completamente la lesión a través de una incisión subciliar. La lesión estaba encapsulada y adherida posteriormente a la grasa orbitaria. El estudio anatomopatológico reveló la presencia una malformación vascular arteriovenosa con áreas de trombosis e hiperplasia papilar endotelial sin datos de malignidad compatible con tumor de Masson. El tumor se reseco completamente y 2 años después la paciente se encuentra asintomática sin signos de recidiva.

Discusión/conclusiones: El tumor de Masson es una lesión vascular benigna, no neoplásica, que consiste en una rara proliferación endotelial reactiva tras una trombosis vascular. Se debe hacer un estudio clínico, radiológico e histológico que nos permitirá distinguirlo de otras lesiones neoplásicas, fundamentalmente del angiosarcoma. El tratamiento consiste en la completa resección de la lesión incluyendo amplios márgenes para evitar la recurrencia.



17:20 Afectación orbitaria por linfoma no Hodking.

Benancio Jaramillo GK, Vicente Tierno N, Platas Moreno I, Velasco Sastre I, Nova Fernández-Yáñez L.
Complejo Asistencial de Segovia.

Palabras clave: Linfoma no Hodking

Caso(s): Mujer de 76 años, consulta por molestias oculares inespecíficas y dificultad para la apertura y cierre palpebral. Antecedentes generales: Diabetes Mellitus tipo 2, Infarto agudo de miocardio. Antecedentes oftalmológicos: Degeneración macular asociada a la edad. Diagnosticada un mes antes de parálisis del tercer par craneal izquierdo con pruebas de imagen informadas como normales. Agudeza visual Ojo Derecho (OD) 0.4, Ojo izquierdo (OI): amaurosis. Exploración Externa: Proptosis y ptosis OI. Motilidad Ocular intrínseca: Midriasis arreactiva OI. Motilidad ocular extrínseca: Limitación de todos los movimientos oculares. Biomicroscopía: Hiperemia mixta, quemosis, edema estromal. Funduscopia: No edema, ni atrofia de papilas. Drusas maculares ambos ojos (AO). Ante nuevos signos y síntomas oculares se repiten pruebas de imagen con resultado: Proceso infiltrativo de órbita, seno cavernoso izquierdo y fosa temporal derecha. Estudios extensión: Negativos. Se inicia tratamiento con corticoides y se realiza biopsia orbitaria. Diagnóstico: Linfoma No Hodking difuso de Células grandes de fenotipo B estadio IIE-A. Se inicia tratamiento quimioterápico con finalidad paliativa.

Discusión/conclusiones: Los linfomas que afectan la órbita son poco frecuentes, habitualmente se presentan de manera insidiosa, pero en algunas ocasiones pueden tener una evolución rápida y agresiva.

Ante una parálisis del tercer par con afectación pupilar se debe descartar entre otros la etiología compresiva. Las pruebas de imagen nos ayudan a demostrar la localización de la lesión, sin embargo lesiones muy incipientes pueden pasar desapercibidas. El estudio anatomopatológico en estos casos es fundamental ya que determina el diagnóstico definitivo y tratamiento a seguir según el estado.



17:25 Afectación del nervio óptico por linfoma: presentación de un caso clínico.

Fernández Cherkasova LJ, Gordon Bolaños C, Salinas Caldas E, Sánchez Ramón A, Mendieta Rasós N. Hospital Universitario de Burgos.

Palabras clave: linfoma, nervio óptico

Caso(s): Mujer de 75 años de edad, con antecedentes de Poliangeitis nodosa, y amaurosis fugax previa, que amanece con disminución de la Agudeza visual y alteración de la visión de colores del ojo derecho, que se confirman en la exploración, conjuntamente con un defecto pupilar aferente relativo. Se plantea el diagnóstico de una Neuritis óptica isquémica posterior, pero las neuroimágenes sugieren que se trata de un meningioma del nervio óptico, por lo que se opta por una actitud conservadora con controles con RMN cada 2 meses. Sin embargo, al mes, la paciente comienza con cuadro de astenia y febrícula, y 15 días más tarde ingresa con dolor abdominal, detectándose una masa pélvica, cuya biopsia establece el diagnóstico de un Linfoma no Hodgkin B CD20 positivo con elevado índice proliferativo, demostrándose posteriormente un estadio IV, con afectación del SNC.

Discusión/conclusiones: El diagnóstico de los tumores del nervio óptico constituye un reto transcendental que requiere de un enfoque multidisciplinario, con estudios sistémicos, oncológicos, neurológicos y anatomopatológicos.

Las metástasis a nivel del nervio óptico son raras en los pacientes con Linfoma, pero deben ser consideradas siempre. El estudio con neuroimágenes y del líquido cerebroespinal es esencial.

Se discuten los probables mecanismos de extensión, signos clínicos, radiológicos, e histológicos, y las clasificaciones más actuales de la neuropatía óptica linfomatosa.

Los esquemas de quimio y/o radioterapia dependerán de las manifestaciones tumorales y de la afectación general.

16:35 DISCUSIÓN.

17:40 Manejo quirúrgico de las lesiones palpebrales.

Dr. Álvaro Toribio García.

Unidad de Orbita y Plástica Ocular. Complejo Asistencial Universitario de León.

18:00 Pausa Café

18:30 Braquiterapia y sus aplicaciones en oftalmología.

Dr. Francisco López-Lara Martín

Jefe de Servicio de Radioterapia. Unidad de tumores intraoculares. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.



18:50 Parálisis de VI par craneal como primera manifestación de recaída de mieloma múltiple.

Angles Deza JM, Giraldo Agudelo L. Hospital Universitario Río Hortega Valladolid.

Palabras clave: 123

Caso(s): Paciente varón de 67 años que presenta diplopía súbita de 12 horas de evolución.

Al examen oftalmológico lo único que se evidencia es una diplopía horizontal por paresia leve del VI par del ojo derecho.

Como único antecedentes patológicos curso con proceso de mieloma múltiple hace 6 años y estuvo en tratamiento con aparente remisión del cuadro y controles periódicos.

Se decide realizar TAC craneal, la cual es informada como lesión lítica extensa de base de cráneo que afecta la punta del peñasco con extensión a seno cavernoso compatible con plasmocitoma.

Se decide ingresar al paciente en el servicio de hematología y completar el estudio para finalmente iniciar tratamiento.

Discusión/conclusiones: Entre las parálisis de los motores oculares el VI par craneal es el que se lesiona mas frecuentemente. En los adultos la etiología fundamental es la isquemia secundaria a diabetes o HTA además de los traumatismos. Así que en ausencia de las anteriores puede tratarse de tumores primarios o metastásicos, así como sucedió en este caso que se debió a un plasmocitoma de base craneal y afectación secundaria del seno cavernoso.



18:55 CSHRPE: Hamartoma simple congénito del epitelio pigmentario de la retina. Toledo Lucho SC, Sanabria Ruiz-Colmenares MR, Durántez Cacharro JL. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

Palabras clave: Hamartoma, EPR, SD-OCT.

Caso(s): Paciente varón que acudió a consulta a los 11 años de edad, refiriendo disminución esporádica de agudeza visual con el ojo derecho. A la exploración fundoscópica se observa: tumoración pigmentaria temporal a la fóvea que mide 1,2mm. Se realizó angiografía fluoresceínica (AGF) en la que se aprecia una lesión circunscrita, efecto pantalla y ausencia de fugas. El paciente ha sido seguido durante 35 años sin observarse cambios en el aspecto de la lesión. En la última revisión se efectúa SD-OCT en la que se aprecia tumoración ligeramente elevada de la retina que sobresale en la cavidad vítrea y muestra un incremento de reflectividad óptica en su superficie interna, con sombra óptica de la retina restante y totalidad de la coroides.

Discusión/conclusiones: CSHRPE es un tumor congénito, benigno, poco común, con pocos casos descritos en la literatura. Involucra todas las capas de la retina y puede ser detectado durante el examen rutinario. En nuestro paciente la AGF y los hallazgos de la SD-OCT, eran compatibles con un hamartoma simple congénito del epitelio pigmentario de la retina (CSHRPE).

Es muy importante detectar este tumor y diferenciarlo de otras lesiones pigmentadas de fondo de ojo que incluyen: hamartoma combinado de la retina y EPR, hipertrofia congénita del EPR, adenoma o adenocarcinoma del EPR, hiperplasia del EPR, cuerpo extraño intraretiniano, y la invasión de la retina de un nevus coroideo subyacente (melanocitoma) o melanoma de coroides. Todos estos pueden ser descartados por los exámenes clínicos y complementarios.

El CSHRPE es una tumoración congénita benigna de larga evolución; cuya confirmación diagnóstica se realiza con SD-OCT.



19:00 Metástasis coroidea secundaria a leiomioma óseo.

Nieto Gomez C, Rivero Gutiérrez V, García-Rodríguez Lomas F, Escudero Domínguez FA, Juan Marcos L. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Palabras clave: Metástasis coroidea leiomioma

Caso(s): Mujer de 69 años que acude a consulta de oftalmología por disminución de agudeza visual en ojo derecho de varios meses de evolución sin otra sintomatología.

Había sido diagnosticada cuatro años antes de un leiomioma a nivel humeral con nódulo metastásico en pulmon.

La agudeza visual era de percepción de luz, visualizándose una imagen retrolenticular, con una cámara anterior profunda y, en el fondo de ojo, una masa anaranjada que ocupaba hemirretina inferior que llegaba a vasos temporales superiores.

En la ecografía presentaba una masa hiperecogénica a nivel coroideo, de reflectividad media, sin ángulo kappa, que ocupaba el 50% de la cavidad vítrea.

Se decidió tratamiento con quimioterapia. Presentó a los 15 días un episodio de ojo rojo doloroso, con atalámia, una catarata que impedía ver el fondo de ojo y presión intraocular de 45 mmHg. visualizándose en la eco un crecimiento de la masa hasta ocupar un 80% de la cavidad vítrea.

Ante el gran tamaño tumoral y la no respuesta a quimioterapia se decidió realizar una enucleación, resultando el análisis anatomopatológico metástasis de leiomioma.

Los leiomiomas derivan de las células musculares lisas. Los leiomiomas son raros en región ocular y solo hay tres casos reportados de metástasis coroideas de leiomioma.

Las metástasis coroideas son el tumor más frecuente a nivel ocular, siendo las más frecuentes las secundarias a carcinomas, y las secundarias a tumores localizados en mama. El tratamiento de las metástasis coroideas incluye quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal, laserterapia, cirugía y antiangiogénicos.



19:05 El iris como localización infrecuente de metástasis de cáncer de esófago.

Camargo Villa L, Castro Martín R, Lorenzo Morales V, Hernández Galilea E, Martín García E.
Hospital Universitario Salamanca.

Palabras clave: metástasis, coroides, leiomioma

Caso(s): Mujer de 69 años que acude a consulta de oftalmología por disminución de agudeza visual en ojo derecho de varios meses de evolución sin otra sintomatología.

Había sido diagnosticada cuatro años antes de un leiomioma a nivel humeral con nódulo metastásico en pulmón.

La agudeza visual era de percepción de luz, visualizándose una imagen retrolenticular, con una cámara anterior profunda y, en el fondo de ojo, una masa anaranjada que ocupaba hemirretina inferior que llegaba a vasos temporales superiores.

En la ecografía presentaba una masa hiperecogénica a nivel coroideo, de reflectividad media, sin ángulo kappa, que ocupaba el 50% de la cavidad vítrea.

Se decidió tratamiento con quimioterapia. Presentó a los 15 días un episodio de ojo rojo doloroso, con atalámia, una catarata que impedía ver el fondo de ojo y presión intraocular de 45 mmHg; visualizándose en la eco un crecimiento de la masa hasta ocupar un 80% de la cavidad vítrea.

Ante el gran tamaño tumoral y la no respuesta a quimioterapia se decidió realizar una enucleación, resultando el análisis anatomopatológico metástasis de leiomioma.

Discusión/conclusiones: Los leiomiomas derivan de las células musculares lisas que son raros en región ocular. Solo hay tres casos reportados de metástasis coroideas de leiomioma.

Las metástasis coroideas son el tumor más frecuente a nivel ocular, siendo las más frecuentes las secundarias a carcinomas, y las secundarias a tumores localizados en mama. Su tratamiento incluye quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal, laserterapia, cirugía y antiangiogénicos.



19:10 Hemangioma circunscrito de coroides: diagnóstico diferencial y tratamiento con braquiterapia episcleral.

Platas I, Saornil MA, Diezhandino P, de Miguel D. Complejo Asistencial de Segovia y Unidad de Tumores Intraoculares del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Palabras clave: hemangioma, braquiterapia

Caso(s): Se presenta el caso de una mujer de 80 años con disminución de la visión del ojo izquierdo desde hace un año. El OD no presentó patología de interés. En el examen ocular se objetivó una visión de 0,7 y en la funduscopia una masa anaranjada sobreelevada yuxtapapilar entre las arcadas nasales que asociaba DR exudativo. En la ecografía la tumoración medía 13,9 mm de base por 4,7 mm de altura con forma nodular y borde afilado, alta reflectividad de forma homogénea, y DR asociado. En la angiografía con verde indocianina (ICG) captaba intensamente el contraste desde tiempos precoces (``flash coroideo´´) mientras que en tiempos tardíos desaparecía (``wash out´´). En la resonancia magnética en T1 la masa fué hiperintensa mientras que en T2 era isointensa. Se diagnosticó como hemangioma circunscrito de coroides. Se trató con una placa de braquiterapia con semillas de iodo125 , tipo COMS, de 16 mm con lo que el tumor recibió 45 greys de radiación

en aproximadamente 95 horas. En el seguimiento de 5 meses el tumor muestra discreta regresión y disminución del DR asociado.

Discusión/conclusiones: Las masas solitarias amelanóticas plantean un diagnóstico diferencial entre melanoma, metástasis y angioma de coroides.

La ICG es esencial para confirmar el diagnóstico de hemangioma coroideo.

La braquiterapia episcleral es un tratamiento eficaz del angioma circunscrito de coroides cuando su tamaño excede las indicaciones de otras terapias menos agresivas pero con mayor índice de recurrencias.



19:15 Braquiterapia epiescleral: alternativa eficaz en el tumor vasoproliferativo.

Para Prieto M, Diaz Cabanas L, García Álvarez C, Lopez Lara F, Frutos JM. Unidad de Tumores Intra oculares Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Palabras clave: vasoproliferativo, braquiterapia

Caso(s): Varón de 46 años con antecedentes de miopía media intervenida mediante cirugía refractiva y lesiones predisponentes retinianas fotocoaguladas en ambos ojos. Consulta por disminución progresiva de AV de dos años de evolución y midesopsias en OI. En la exploración física presentaba: AV de 1 en OD y 0,3 en OI. BPA y PIO normales para edad. FO: lesiones de fotocoagulación láser AO. En OI masa anaranjada y prominente en retina temporal inferior con alteraciones vasculares en su superficie y desprendimiento de retina exudativo asociado que involucra el área macular. La ecografía modo B mostró una masa sólida de medidas 8,3 x 6,4 x 2,4. La AGF mostró hiperfluorescencia desde tiempos precoces y fuga difusa de contraste. Se diagnosticó de tumor vasoproliferativo y se decidió tratamiento mediante braquiterapia epiescleral con Ru106. La evolución fue hacia la regresión tanto del tumor como de los exudados, siendo la AV del OI un año después del tratamiento de 0.8.

Discusión/conclusiones: Los tumores vasoproliferativos son lesiones retinianas benignas poco frecuentes que se describieron como entidad independiente en 1982. Se caracterizan por proliferación mixta gliovascular y extensas áreas de exudados peritumorales. Suelen aparecer en edades medias de la vida y presentan características especiales en estudios complementarios que nos permiten diferenciarlos de otros tumores vasculares. Existen diversas alternativas terapéuticas, siendo la braquiterapia una opción de primera línea en tumores periféricos, grandes y con gran exudación como es el caso descrito.



19:20 Melanoma de la úvea asociado a nevus de Ota.

Giraldo LF, Saornil MA, García C , Díez Handino P, de Miguel D. Hospital Universitario Río Hortega Valladolid y Unidad de Tumores Intraoculares del HCUV, Valladolid.

Palabras clave: nevus de ota, melanoma.

Caso(s): Se presenta el caso de una mujer de 60 años con antecedente personal de melanocitosis oculodérmica hemifacial derecha (Nevus de Ota) que acude a consulta de oftalmología por miodesopsias en el ojo derecho. En la exploración se encuentra una masa melanótica en el cuerpo ciliar ipsilateral. Se diagnosticó melanoma de cuerpo ciliar de tamaño mediano sin signos de extensión extraocular ni sistémica en el cual se aplicó un tratamiento conservador con braquiterapia epiescleral con I-125 (Yodo 125), permitiendo conservar el globo ocular y la función visual, manteniendo agudeza visual mejor corregida de 1 en el ojo comprometido incluso 17 meses después del tratamiento.

Discusión/conclusiones: La melanocitosis oculodérmica (Nevus de Ota) es un factor de riesgo establecido para el desarrollo de melanoma de úvea. Sin embargo, en la práctica clínica diaria es infravalorada y con frecuencia esto lleva a retraso en el diagnóstico del melanoma. Este hecho limita las opciones terapéuticas, ya que técnicas conservadoras como la braquiterapia epiescleral no están indicadas en estadios avanzados. Se recomienda la revisión oftalmológica anual para poder diagnosticar precozmente el melanoma, preservar el ojo, la visión y mejorar el pronóstico.

19:25 Melanoma amelanático de iris.

Ajamil Rodanés S, García-Álvarez C, Maquet JA, Quiñones M, Frutos-Baraja J. Unidad de Tumores Intraoculares Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Palabras clave: melanoma, amelanóticos, iris

Caso(s): Mujer de 44 años sin antecedentes personales de interés remitida para valoración de una masa iridiana en ojo derecho.

Exploración: Agudeza visual (AV) ojo derecho (OD): 1 y ojo izquierdo (OI): 1. En la lámpara de hendidura se observa masa amelanótica vascularizada en periferia del iris. Presión intraocular (PIO) en ambos ojos: 14 mm Hg. En la biomicroscopía ultrasónica se observa masa estromal que respeta el epitelio pigmentario del iris, no invade cuerpo ciliar y se extiende al ángulo contactando con el endotelio.

Se realizó biopsia excisional de la masa. En el estudio anatomopatológico se observa positividad para los marcadores HMB-45 y MELAN-A confirmando el diagnóstico de melanoma de iris. El estudio de extensión fue negativo. Se completó el tratamiento con braquiterapia epiescleral. En el seguimiento posterior no se ha observado ni recidiva local ni diseminación sistémica.

Discusión/conclusiones: El melanoma de iris representa aproximadamente de un 3-10% de los melanomas de úvea. Producen un 5% de metástasis a los 10 años. El diagnóstico diferencial cuando son amelanóticos hay que realizarlo principalmente con metástasis, y cuando son melanóticos con nevus y melanocitomas. En los pacientes con melanoma de iris localizado la resección mediante iridectomía o iridociclectomía junto con braquiterapia adyuvante permiten confirmar el diagnóstico y controlar a nivel local la enfermedad.

V Jornada de Residentes - Óncología Ocular - Valladolid, 13 de marzo de 2015



SOCIEDAD DE OFTALMOLOGIA
CASTELLANO LEONESA

19:30 DISCUSIÓN.

19:45 Actualización en diagnóstico y tratamiento de retinoblastoma.

Dr. José Abelairas Gómez

Unidad de referencia de tumores intraoculares en la infancia - retinoblastoma.

Hospital de la Paz. Madrid